

**Diagnóstico de la calidad a través de una evaluación del sistema obligatorio
de garantía de calidad en la ESE Hospital de Sabanalarga en el departamento
del Atlántico.**

**ORNEDA PATRICIA AVILEZ ROMERO
RAQUEL ESTHER MENDOZA PAEZ
LINETH MARIA OLIVEROS BERDUGO
DANISSE MARIA ROA SALAZAR**



**Universidad de la Costa CUC
Departamento de Postgrado
Especialización de Gestión De La Calidad Y Auditoria
En Servicios De Salud
Barranquilla
2014**

**Diagnóstico de la calidad a través de una evaluación del sistema obligatorio
de garantía de calidad en la ESE Hospital de Sabanalarga en el departamento
del Atlántico.**

**ORNEDA PATRICIA AVILEZ ROMERO
RAQUEL ESTHER MENDOZA PAEZ
LINETH MARIA OLIVEROS BERDUGO
DANISSE MARIA ROA SALAZAR**

**Trabajo de grado como requisito para optar al título de Especialista en
Gestión de la calidad y Auditoria en Servicios de Salud**

Asesor: Humberto Cadavid

**Universidad de la Costa CUC
Departamento de Postgrado
Especialización en Gestión De La Calidad Y Auditoria
En Servicios De Salud
Barranquilla
2014**

NOTA DE ACEPTACIÓN

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

Barranquilla, 10 Marzo del 2014

DEDICATORIA

A Dios, quien nos dio fe, y fortaleza para terminar este trabajo; guiar nuestro camino y permitirnos encontrar en esta especialización con personas extraordinarias que nos brindaron su apoyo para alcanzar este sueño.

A nuestras familias quienes nos han brindado su amor, su apoyo constante y son nuestros estímulos para seguir adelante en cada uno de nuestros retos profesionales.

A nuestros profesores y compañeros de estudio por sus valiosos aportes durante el desarrollo de esta especialización.

RESUMEN

El diagnóstico de los servicios de salud de calidad implica establecer los parámetros adecuados para el funcionamiento. Sin embargo, debe tener en cuenta el sistema que regula a nivel nacional; estableciendo las variables que permiten un diagnóstico para saber cómo está proporcionando la calidad de los servicios de salud. A través de unas variables de los instrumentos de medición tales como: Habilitación PAMEC, la acreditación y la información del sistema, que a partir de un paradigma cuantitativo podría establecer un diagnóstico de lo que se cumplió o no en la ESE Hospital de Sabanalarga, con el objetivo de proporcionar oportunidades de mejora en el sentido amplio de la oferta servicios a la comunidad.

Palabras clave: Calidad, Certificación, Acreditación, Sistema de Información, del Sistema de Salud.

ABSTRACT

The diagnosis of quality health services involves establish appropriate parameters for operation. However, you must consider the system that regulates nationally; setting the variables that allow a diagnosis to know how the quality of health services being provided. Through a measuring instrument variables such as: Enabling PAMEC, accreditation and information system, which from a quantitative paradigm could establish a diagnosis of what was fulfilled or not in the ESE Hospital Sabanalarga, with the aim of providing opportunities improvement in a broad sense of offering services to the community.

Keywords: Quality, Qualification, Accreditation, Information System, Health System.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2. JUSTIFICACIÓN.....	13
3. OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo General	14
3.2 Objetivos específicos	14
4. DELIMITACIONES	15
4.1 Delimitaciones temporales	15
4.2 Delimitaciones espaciales	15
5. HIPÓTESIS	16
5.1 Hipótesis de trabajo.....	16
5.2 Hipótesis nula.....	16
5.3 Operacionalización de la variable	17
6. LIMITACIONES	18
7. MARCOS REFERENCIALES	19
7.1 Marco Teórico	19
7.1.1. Antecedentes y teorías básicas del problema	19
7.1.2. MARCO CONCEPTUAL	32
7.2 MARCO HISTÓRICO	41
7.2.1 Antecedentes del sistema de salud en Colombia	41
7.2.2 Reseña histórica de la ese hospital departamental de Sabanalarga	42
7.3. Marco geográfico.....	56
7.4 Marco legal.....	59
8. DISEÑO METODOLÓGICO.....	78
8.1 Tipo de estudio.....	78
8.2 Universo.....	79
8.3 Población	79
8.4 Muestra	79
8.5 Técnicas de recolección de la información	79

8.5.1 Técnicas de recolección de información primaria.....	79
8.5.2 Técnicas de recolección de información secundaria	80
9. RESULTADOS	81
10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	91
11. PRESUPUESTO.....	92
12. RECURSOS HUMANOS	93
BIBLIOGRAFÍA.....	94
ANEXOS	97

INTRODUCCIÓN

Las dificultades que tiene la población colombiana de escasos recursos para acceder a servicios de salud de manera digna y que evite el fallecimiento de pacientes en las puertas de instituciones de salud, tanto públicas como privadas, por carecer de recursos para respaldar el servicio requerido, condujo a que el Estado a través del Ministerio de Salud, definiera un sistema que garantizara una atención adecuada a los usuarios, independientemente de su condición social. Por tal motivo mediante el desarrollo y evolución de la normatividad, que dio sus primeros indicios desde la Constitución Política de Colombia de 1991, donde en su *Artículo 49: define: “La atención de la salud son servicios públicos a cargo del Estado”*; y en su *Artículo 78: “La ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad”*; pasando por la ley 10 de 1990, que en su artículo 1º, que establece: “**SERVICIO PÚBLICO DE SALUD.**

La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente ley. El Estado intervendrá en el servicio público de salud conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Constitución Política”. De igual manera fortalece este tema la Ley 715 de 2001 en su artículo 42 y 56 da inicio a la regulación en la prestación de servicios de salud. Con fundamento en lo anterior y muchas otras normas complementarias, se fue estableciendo el marco legal que condujo a la aprobación del Decreto 1011 de 2006.

Este decreto, formula El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS), compuesto por cuatro elementos o pilares como son: **Habilitación, PAMEC, Acreditación y Sistemas de Información**. Pero el decreto 1011 del 2006 por sí solo no alcanza a abarcar todo ese amplio concepto, por lo cual, debió complementarse con otras normas como fueron: La Resolución 1043 del 2006, que define los requisitos que debe cumplir todo prestador de servicios de salud, para **habilitar** los servicios que presta y poder atender a los usuarios sin ponerlos en riesgo; esta norma se encuentra vigente hasta mayo del presente año y será sustituida por la Resolución 1441 de 2013, que entra en vigencia a partir del mismo mes; cabe resaltar que este componente es de obligatorio cumplimiento. La Resolución 1445 de 2006, que define requisitos superiores en la prestación de servicios de salud y cuyo cumplimiento conduce a la certificación en **acreditación**, sustituida por la Resolución 123 de 2012, único componente voluntario y La Resolución 1446 de 2006, que define los indicadores por tipos de servicios, sus fichas técnicas, la frecuencia de la medición y del reporte, también obligatorio y transversal a los otros componentes del SOGCS. El PAMEC, de obligatorio cumplimiento y único mecanismo que conduce de la habilitación a la acreditación, no tiene normas que lo respalden pero si guías o recomendaciones para su implementación.

No está demás expresar que el SOGCS, establece los atributos de calidad que deben cumplir los prestadores de servicios de salud a saber: **accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad**.

En concordancia con la normatividad vigente, este Trabajo de Grado desarrolla la adopción de una herramienta útil que permita medir el cumplimiento de los componentes del SOGC en la atención de los servicios de salud prestados en la ESE Hospital Departamental de Sabanalarga, una Institución de II nivel de complejidad, con el fin de detectar las debilidades y falencias, y así lograr diseñar e implementar un plan de mejoramiento que permita establecer acciones correctivas efectivas para lograr la calidad esperada y la satisfacción del cliente.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estado colombiano, con miras a dar cumplimiento a lo dispuesto por la Constitución Colombiana y respuesta a las necesidades de los usuarios de los servicios de salud introdujo dentro del sistema de salud la normatividad que deben cumplir todas las entidades creadas para tal fin, normatividad que se encuentra modificada y establecida en el Decreto 1011 de 2006, en la Resolución 1441 de 2013, en la Resolución 1445 de 2006 reemplazada por Resolución 123 de 2012, y en la Resolución 1446 de 2006, dirigidas a garantizar la adecuada atención de los usuarios mediante la estandarización del funcionamiento de las IPS garantizando un sistema de mejoramiento continuo que garantice su supervivencia, el crecimiento y la rentabilidad, en un marco de responsabilidad social y alto contenido ético.

A pesar de la vigencia de la normatividad señalada, la ESE Hospital Departamental de Sabanalarga, institución de segundo nivel de complejidad, tiene dificultades con el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, pues se encuentran grandes falencias como retraso en el pago de salarios y limitaciones de infraestructura entre otras, debido a esto no se puede asegurar el cumplimiento total de los estándares de calidad, y es muy difícil llegar así a una completa satisfacción de los usuarios, ya que no se conocerá ni se podrá controlar las fallas en la prestación del servicio. Adicional a lo anterior la ESE Hospital Departamental de Sabanalarga, institución de segundo nivel de complejidad carece de una herramienta sencilla que de una manera eficaz permita monitorear el cumplimiento del SOGC.

Este planteamiento conduce a preguntarse:

¿La aplicación de la herramienta para evaluar el cumplimiento de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para los servicios prestados facilitara a la ESE Hospital Departamental de Sabanalarga, cumple con los estándares de calidad del sistema establecidos en los servicios y continuar con los procesos para alcanzar la calidad en Salud?

2. JUSTIFICACIÓN

La ESE Hospital Departamental de Sabanalarga (Atlántico), debe dar cumplimiento no sólo, a lo establecido en el Decreto 1011 de 2006 donde queda definido El sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), sino también al resto de sus componentes como son: Sistema Único de Habilitación, Sistema de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistemas de Información, cuyos objetivos son proveer o brindar servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional optimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dicho usuario, y además garantizar y monitorizar el cumplimiento de los atributos de calidad como son: **oportunidad, accesibilidad, seguridad, pertinencia y continuidad**, con miras a proteger, defender y dar seguridad a la vida y la salud de los Usuarios brindando servicios con calidad.

Con la implementación de las herramientas de medición establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, se busca que el Hospital Departamental de Sabanalarga pueda evaluar o hacer un diagnóstico del cumplimiento de estándares establecidos en cuanto a calidad de la atención en salud, que sirva de base para la realización de planes de mejoramiento basados en los hallazgos, para así lograr que la atención brindada a los pacientes cumpla con las expectativas de los usuarios y el posicionamiento de la IPS.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Diagnosticar la calidad a través de una evaluación del sistema obligatorio de garantía de calidad en la ESE Hospital de Sabanalarga en el departamento del Atlántico.

3.2 Objetivos específicos

Describir el sistema único de habilitación como parte del sistema obligatorio de garantía de calidad en la ESE Hospital de Sabanalarga en el departamento del Atlántico.

Describir el sistema único de acreditación como parte del sistema obligatorio de garantía de calidad en la ESE Hospital de Sabanalarga en el departamento del Atlántico.

Describir el sistema de información para la calidad como parte del sistema obligatorio de garantía de calidad en la ESE Hospital de Sabanalarga en el departamento del Atlántico.

Describir la auditoria para el mejoramiento de la calidad como parte del sistema obligatorio de garantía de calidad en la ESE Hospital de Sabanalarga en el departamento del Atlántico

Identificar el proceso del PAMEC como parte del sistema obligatorio de garantía de calidad en la ESE Hospital de Sabanalarga en el departamento del Atlántico

4. DELIMITACIONES

4.1 Delimitaciones temporales

El trabajo de investigación se desarrolló entre los meses de noviembre de 2013, fase de exploración y definición del tema de investigación, y abril de 2014 fase de entrega y sustentación ante el comité encargado.

4.2 Delimitaciones espaciales

Este proyecto se ejecutó en la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA institución de segundo nivel de complejidad, ubicado en el Departamento del Atlántico – República de Colombia.

5. HIPÓTESIS

Un trabajo de investigación debe estar sustentado en aspectos básicos sobre la búsqueda de conocimiento a partir de la aplicación de un método de investigación. Es por eso que las hipótesis constituyen un aspecto fundamental para el manejo de la información derivada de la aplicación de la medición, siendo las hipótesis de trabajo y la nula las que orientan el sentido de la misma.

5.1 Hipótesis de trabajo

La ESE Hospital de Sabanalarga cumple con los estándares del sistema obligatorio de garantía de calidad.

5.2 Hipótesis nula

La ESE Hospital de Sabanalarga NO cumple con los estándares del sistema obligatorio de garantía de calidad.

5.3 Operacionalización de la variable

Variable.	Dimensiones.	Indicadores.	Índices.
Evaluación del sistema obligatorio de garantía de calidad	Habilitación.	Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa,	Cumple / No cumple.
	PAMEC.	Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.	Cumple / No cumple.
	Acreditación.	Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos, de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)	Cumple / No cumple.
	Sistemas de Información.	Las acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales y de la Superintendencia Nacional de Salud en lo de sus competencias.	Cumple / No cumple.

6. LIMITACIONES

Durante la presente investigación surgieron ciertas limitaciones, que en varias ocasiones interrumpieron el desarrollo de la misma, las cuales llevaron al grupo investigador a la desmotivación, pero que al mismo tiempo lo impulsaron a seguir adelante y culminar con éxito los objetivos trazados; dichas limitaciones fueron:

- ❖ Imposibilidad para reunirnos como grupo por la disponibilidad de tiempo, al existir diferencias en las horas laborales de cada una de las integrantes del grupo.
- ❖ Cruce de horarios entre las reuniones de grupo y la tutora de investigación.
- ❖ Falta de Disponibilidad de parte del personal administrativo del HDS.
- ❖ Dificultad para acceder a la Información Requerida
- ❖ Dificultad para trasladarnos hasta el Municipio de Sabanalarga.

7. MARCOS REFERENCIALES

7.1 Marco Teórico

7.1.1. Antecedentes y teorías básicas del problema

El concepto de "calidad" proviene del latín *qualitas*, conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, superioridad. El *pequeño Larousse ilustrado* define "calidad" como el conjunto de cualidades de una persona o cosa. De acuerdo a lo anterior calidad es un atributo de las personas, de un bien o servicio.

Son interesantes las definiciones, las cuales cita (varios autores) Adalberto E. Llinás Delgado¹ en torno al concepto de la calidad:

*E. Deming, "la calidad es el orgullo de la mano de obra", entendiendo "mano de obra" en el más amplio sentido, y agrega que "la calidad se define en términos de quien la valora"*². *P. Crosby dice: "La calidad debe definirse como ajuste a las especificaciones y no como bondad o excelencia", y J. Juran define "calidad" como "aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias"*³.

A pesar de que la salud, cultura y el humanismo podríamos decir se confunden, son lo mismo; en los actuales momentos se encuentran divorciado. Es Perogrullo definir la calidad en salud citando el humanismo:

¹ Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema

² Deming WE. *Cualidades: A revolução da Administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva; 1990. p. 124-135

³ Munro-Faure L, Munro-Faure M. ¿Qué podemos aprender de los gurúes de la calidad? En: Munro-Faure L, Munro-Faure M. *La calidad total en acción*. Barcelona: Folio; 1994. p.17-33.

*El concepto de calidad en salud es general, abstracto, tiene un doble carácter, objetivo y subjetivo, y múltiples dimensiones, las cuales son notablemente influenciadas por el proceso cultural y la influencia de los actores de poder^{4 5 6}. **Donabedian⁷ define la calidad en salud circunscribiéndola a una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes. "La atención médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos: el primero, como la atención técnica, que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud, y el segundo, como la relación interpersonal, que es la interacción social, cultural y económica entre el profesional de la salud y el paciente"**⁸ (10). Este concepto deja de lado la percepción de calidad en la salud desde lo colectivo; el mismo está asociado a tradiciones socialmente aceptadas en un momento determinado.*

Uno de los pilares que define la concepción de salud en la sociedad está en la cultura, debemos crear una cultura de seguridad del paciente, como debe ser un sistema de salud, con fundamento en el canon Hipocrático: **lo primero es no hacer daño.**

Igual sucede con el concepto de salud, el cual todos desconocemos

⁴ Fundación Avedis Donabedian editores, *Actas del I Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica*. Argentina; 1993.

⁵ Asociación Argentina de Cirugía, editores. *Parámetros para la Evaluación, Categorización y Acreditación de los Servicios de Cirugía General*. Buenos Aires: AAG; 1985.

⁶ Calidad y Costo de la Atención Médica. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina*. Buenos Aires: Estudio Sigma; 1992.

⁷ Donabedian A. *A Guide to Medical Care Administration*. Medical Care Appraisal -Quality and Utilization. American Public Health Association; 1969. p. 2.

⁸ Donabedian A. Quality assurance in our health care system. En: Donabedian A. *Quality assurance and utilization review*; 1986. p. 6-12.

Clifford J. Geertz⁹ como un sistema de símbolos por medio de las cuales la gente se comunica, perpetúa y desarrolla sus conocimientos sobre actitudes hacia la vida. Bernardo Kliksberg¹⁰ lo juzga como un conjunto de valores compartidos por diversos grupos; considera la cultura como un factor decisivo de la cohesión social.

Sistemas de salud en Latinoamérica.

Con el fin de afianzar nuestro marco teórico, nos parece pertinente citar el recorrido hecho por el profesor Llinas, a través de la realidad en salud de los países latinoamericanos:

Latinoamérica presenta diferentes modelos de prestación de servicios de salud, y en ese contexto es conveniente conocer las diferentes experiencias para alcanzar una visión general de las mismas, a fin de poder evaluarlas, y de ser posible, implantarlas en nuestro país con el ánimo de mejorar el sistema actual.

En algunos países los cambios se vienen desarrollando a partir de negociaciones políticas complicadas, toda vez que el derecho a la salud como derecho de ciudadanía integra el elenco de beneficios posibilitados por las políticas sociales y compone el imaginario y la conciencia colectivas de la población¹¹.

Se han seleccionado algunos países como Argentina, Brasil, Chile, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, Puerto Rico y Venezuela, donde se muestran diferentes modelos con estrategias para lograr la calidad de atención en salud.

⁹ Geertz C. El impacto del concepto de cultura en el concepto del hombre [en línea] 2009 [5 de junio 2009]. URL disponible en: <http://inicia.es/de/cgarciam/geertz01.htm>

¹⁰ Kliksberg B. *Capital social y cultura: Claves olvidadas del desarrollo*. Buenos Aires: Instituto para la Integración de América Latina y el Caribe; 2000

¹¹ Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. Saúde Pública* [en línea] 2002 [5 de junio 2009]; 18 (25). URL disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000400001

Argentina se distinguió durante muchos años por la eficiencia y calidad de su sistema de salud, pero hace ya largo tiempo que el área ha venido disminuyendo sus capacidades y enfrenta problemas cada vez más graves¹². Encontramos un sistema que se ha caracterizado por ser heterogéneo con respecto a la cobertura, las características de la población atendida y las fuentes de financiamiento¹³. En 1997 se transfirieron los hospitales a las provincias y de éstas a los municipios. La política de reforma del sector de la salud pretende lograr la hegemonía del sector público sobre los otros, con plena vigencia del derecho a la salud, con requisitos de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad, cobertura a toda la población y descentralización.

Como todo nuevo sistema, puede generar impactos positivos y negativos en la población atendida. Entre los aspectos positivos se pueden mencionar:

- *Proceso de descentralización.*
- *Establecimiento de la normativa para los Hospitales de Autogestión (HPA); cuyo principal efecto es que pueden facturar a la población con cobertura social, establecer convenios, utilizar los recursos por la venta de los servicios para incentivar la productividad y eficacia del personal.*
- *Libre elección de los afiliados.*
- *Programa Médico Obligatorio (PMO), lo equivalente al Plan Obligatorio de Salud en Colombia (POS).*

Como aspectos negativos para la población consideramos:

- *La inequidad en la prestación de los servicios.*
- *La inestabilidad laboral en relación con la ley de flexibilización del trabajo.*

¹² Acuña CH, Chudnovsky, M. El sistema de salud en Argentina. UDSA [en línea] 2002 marzo 4 [5 de junio 2009]. URL disponible en: <http://www.udesa.edu.ar/Faculty/Tommasi/cedi/dts/dt60.pdf>

¹³ Acuña CH. *El sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires: Universidad de San Andrés; 2002.

*En **Brasil**, a pesar de la promulgación de la Constitución de 1988, que instituyó el Sistema Único de Salud (SUS), en el que se garantizan todos los principios de universalidad, equidad e integralidad de la atención, con principios operativos de descentralización política, administrativa, jerarquización y control social, hay, en realidad, tres tipos de financiamiento (seguros y planes privados, seguridad social y gobierno), lo que determina la desigualdad de acceso de la población a los diferentes servicios públicos y privados¹⁴.*

Entre los aspectos positivos de este sistema podemos mencionar:

- *La participación social, aunque hay estudios que cuestionan las diferencias entre los formuladores de las políticas de salud y la población usuaria, pues se implementan estrategias de participación que no toman en cuenta las formas organizativas de los grupos sociales¹⁵.*
- *Descentralización administrativa y financiera.*
- *Participación comunitaria/control social -principio que es más efectivo con la implantación del SUS- a través de los Consejos de Salud (nacional, estatales y locales); con participación de los trabajadores de salud en estos consejos.*

Aspectos negativos del SUS:

- *Priorización de los servicios básicos de salud con énfasis en programas de determinados sectores, bajas inversiones en los servicios secundarios y terciarios, lo cual dificulta los principios de universalidad, equidad e integralidad.*
- *Dificultad para mantenerlo financieramente.*

Chile tiene un sistema de salud mixto, compuesto de fondos y prestadores tanto públicos como privados, liderado por el Ministerio de Salud, el cual tiene

¹⁴ USAID. *Perfil de los sistemas de salud en Brasil*. Brasília: OPS; 2008

¹⁵ Abrantes-Pego, R. Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil. SP [en línea] 1999 [5 de junio 2009]; 41 (8). URL disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v41n6/v41n6a04.pdf>

como tarea el diseño de políticas y programas, la coordinación de las entidades del área, la supervisión, la evaluación y el control de las políticas de salud.

En el sistema público existe un seguro social de salud administrado por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y el sistema de salud privado está conformado por las Empresas de Administración de Salud (ISAPRE)¹⁶.

Fue a partir de 1990 cuando se dio prioridad a un proceso de fortalecimiento del sistema de salud, estableciendo como objetivo central promover la equidad y la calidad en el acceso a la atención de salud¹⁷.

Además, el modelo chileno de calidad en atención en salud es considerado hoy por hoy como punto de referencia de un pluralismo estructurado, lo cual significa una verdadera innovación en la reforma de los sistemas de salud de América Latina¹⁸.

Cuba, *debido al desarrollo de la salud pública tanto en extensión como en cobertura, ha permitido la introducción de complejas tecnologías y nuevos modelos de atención. El sistema de salud cubano se mantiene en constante transformación, sobre todo incrementando las acciones preventivas, trabajando sobre la variación de los patrones de consumo, incidiendo en los hábitos de vida que pueden reducir un grupo de enfermedades¹⁹.*

El sistema cubano tiene como principios: salud como un derecho del pueblo y responsabilidad del Estado, cobertura universal, servicios con carácter

¹⁶ Embassy of Chile. Sistema de Salud [en línea] 2007 [3 de mayo 2010]; URL disponible en: <http://www.embassyofchile.se/espanol/salud.htm>

¹⁷ OPS. La Salud Pública y la Organización Mundial en Chile 1902 - 2000: 100 años de colaboración.

¹⁸ Londoño JL, Frenk J. *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. México: BID; 1997

¹⁹ Vila Pérez O. Algunos aspectos sobre el desarrollo de la salud en Cuba. *Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* [en línea] 2008 [5 de junio 2009]; 520 (2). URL disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/305>

gratuito, activa participación de la comunidad en los programas de salud y atención de carácter integral²⁰.

El sector de la salud tiene muchos aspectos positivos para la población. Sin embargo, en este momento está teniendo dificultades debido a la difícil situación económica que repercute directamente en la carencia de recursos materiales y lesiona a los trabajadores del sector.

Hay poco estímulo para los trabajadores del sector, y esto genera la migración de profesionales a otros países.

*En **Ecuador**, el modelo de salud está soportado en el Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Delimitado por dos grandes macropropuestas²¹:*

- Incrementar de un 20% al 100% la cobertura en salud.*
- Competencia médica, excelencia, integralidad y calidad de la atención en salud.*

El sistema de Aseguramiento Universal y Salud contempla prestar servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud, tomando en cuenta las capacidades diferenciales de pago de las personas o familias, como aporte complementario al financiamiento. Sistemas Descentralizados de Salud y Modelos de Autonomía de Gestión de Servicio²².

Este sistema debería ser muy positivo para la población, aunque, en realidad, se encuentran algunos resultados negativos:

- Los avances registrados no reportan grandes cambios en los indicadores de salud y en el funcionamiento de los servicios.*

²⁰ Infomed. Sistema de Salud [en línea] 2008 [5 de junio 2009]. URL disponible en: http://www.sld.cu/sistema_de_salud/estrategias.html

²¹ Palacios, A. Salud, el derecho de todos. Presidencia de la Republica de Ecuador, Secretaría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM); Programa de Aseguramiento Universal de la Salud, AUS. junio de 2006.

²² Ops. Perfil del Sistema de Servicios de Salud del Ecuador. Quito: Organización Panamericana de la Salud; 2001

- *El acceso y la calidad de la atención se ha deteriorado debido a una baja tasa de crecimiento económico, problemas de tipo estructural que se han agravado por las crisis sociales y políticas.*

*En **México**, el sistema de salud tiene como objetivo establecer instrumentos que promuevan la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, ampliar la cobertura de la seguridad social, acelerar y profundizar la descentralización, extender la cobertura de servicios a las zonas urbanas y rurales pobres, a través de un paquete básico de servicios²³.*

La cobertura efectiva en general va desde 54% en Chiapas hasta 65% en el Distrito Federal. Y se plantea trabajar en lograr brindar servicios de calidad y no sólo en ofrecer la disponibilidad del servicio²⁴.

La reforma ha permitido un incremento significativo en la inversión pública en salud, al tiempo que realinea los incentivos para garantizar una atención de mayor calidad técnica e interpersonal²⁵.

Este modelo ha representado avances importantes, con un amplio apoyo social, pero es necesario que dichos cambios no lesionen los principios de equidad, calidad y eficiencia. Otro elemento que se debe destacar es la competencia entre los proveedores, lo cual prioriza la calidad como estrategia de competitividad.

*En **Paraguay**, el sistema centra su desarrollo y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, a fin de incorporar los valores de: equidad, solidaridad, atención integral a la población, eficacia y eficiencia, calidad, libre elección,*

²³ Lara di Lauro E. *El modelo de salud en México*. México: Milliman; 1998

²⁴ . Lozano R Soliz P, Gakidou E, Abbott-Klafter J, Feehan DM, Vidal C, et al. Evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales salud usando cobertura efectiva. SP México [en línea] 2007 [5 de junio 2009]. URL disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2007/supl%201/8-SISTEMAS.pdf

²⁵ Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. SP México [en línea] 2007 [5 de junio 2009]; 49 (1). URL disponible en: http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2007/supl%201/6-REFORMA.pdf

*planes y prestadores, complementariedad pública y privada, descentralización, participación y control social*²⁶.

*Este sistema presenta una situación alentadora, ya que desde la presentación del proyecto de la Ley 1032/96, que creó el Sistema Nacional de Salud, las gobernaciones y municipalidades han conformado Consejos Regionales y Locales de Salud, que constituyen la primera expresión formal de participación social en la administración de la atención a la salud pública*²⁷.

Lo negativo:

- *Deterioro en las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud.*
- *El suministro inadecuado de equipos y materiales tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, lo que dificulta la atención libre de riesgos.*

Puerto Rico basa todo su sistema en el sector privado, por considerar que tiene mejores recursos y calidad de servicios. Lo positivo: el aumento del número de proveedores médicos en el sector privado para la atención de la población de escasos recursos económicos²⁸.

Resalta como negativo falta de continuidad del cuidado debido a los cambios en las compañías aseguradoras.

En Venezuela, los cambios políticos han generado importantes inversiones en el sector salud, fortaleciendo la atención primaria, pero como negativo se resalta las condiciones de los profesionales de la ²⁹salud, remplazados en

²⁶ Usaid. Perfil de los sistemas de salud en Paraguay. Asunción; 2008.

²⁷ Pérez Lugo JE, Bentacourt, JS, Suárez Villalobos, PK. Descentralización y sistemas de salud en América Latina. *Revista de Ciencias Sociales* [en línea], 2 de abril de 2006 [citado 8 junio 2009]; 12 (9). URL disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182006000100004&lng=es&nrm=iso.

²⁸ Usaid. Perfil de los sistemas de salud en Puerto Rico. San Juan de Puerto Rico: OPS; 2007

²⁹ . Lozano R Soliz P, Gakidou E, Abbott-Klafter J, Feehan DM, Vidal C, et al. Evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales salud usando cobertura efectiva. SP México [en línea] 2007 [5 de junio 2009]. URL disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/ files/File/2007/supl%201/8-SISTEMAS.pdf>

algunos casos por médicos cubanos³⁰. Algunos autores venezolanos cuestionan la política de salud de no cumplir con lo urgente, y muchos menos con lo importante³¹.

El sistema de garantía de calidad: el caso colombiano

Desde 1975, el Sistema Nacional de Salud, se fundamentaba en tres subsistemas:

- ❖ el sistema de seguridad social, financiado con los aportes de cada trabajador (7% en el caso del ISS y 5% en el caso de las Cajas de Previsión Social, CPS) y con los aportes realizados por el Estado
- ❖ el sector público, se financiaba con los recursos de los departamentos y del Ministerio de Salud y
- ❖ el sistema privado, se financiaba con las cotizaciones de sus afiliados.

Lo anterior hacía que se presentaran dificultades tales como:

- ❖ el 70% de nuestra población no contaba con servicios de salud
- ❖ los servicios de salud departamentales tenía excesivas funciones lo cual lo hacía:
 - Tendencioso a la corrupción
 - Ineficiente
 - De baja calidad
- ❖ el giro de los recursos se le aplicaba un porcentaje sin tener en cuenta:
 - La calidad
 - La cantidad de población o usuarios
 - La demanda de servicios
- ❖ no se tomaba en cuenta la vulnerabilidad, ni el nivel de estratos

³⁰ Ops. Perfil del sistema de servicios de salud de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas: Organización Panamericana de la Salud; 2001.

³¹ González R MJ. Políticas de salud en Venezuela: Ni lo urgente, ni lo importante. *An Venez Nutr* [en línea] 2005 [5 de junio 2009]; 18 (4). URL disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522005000100008&Ing=en&nrm=iso>.

En aras de mejorar la calidad en los servicios de salud y promover la inclusión, la equidad, solidaridad y la universalización se han realizado varias reformas en nuestro país

Nuestro país es un país de abundantes y continuas leyes; el sistema de salud en Colombia, no es la excepción, de tal forma que este se encuentra muy saturado de normas. Ejemplo lo confirma el sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGCS, cada 6 años es renovado), el cual cobro vida con la expedición del decreto 2174 de 1996, "sistema de requisitos esenciales", derogado por el decreto 2309 de 2002, y luego por el 3 de abril de 2006 por el decreto 1011.

A pesar de lo anterior el sistema no garantiza lo mínimo indispensable en la prestación del servicio de salud, somos buenos para echar discursos, copiar leyes y conceptualizar, sin resultados positivos en los procesos ni en el mejoramiento de la calidad de vida de nuestra población.

La calidad de la atención de salud las cuales debe brindar una institución está en función de:

- Las características del proceso de atención;
- La relación interpersonal,
- El contenido de la consulta,
- La duración, acciones clínicas de revisión y el diagnóstico;
- Por el resultado en su salud, por las características de la estructura física, humana y organizacional, con y por condiciones relativas a la accesibilidad

El sistema de habilitación, es la base del sistema obligatorio de garantía de calidad, está en función a las condiciones mínimas que debe tener el prestador de salud:

- Recurso humano,
- Infraestructura física,

- Dotación,
- Medicamentos y dispositivos médicos,
- Procesos prioritarios, en los que se referencia el manejo interno de los desechos hospitalarios,
- Manejo de la historia clínica,
- Interdependencia de servicios,
- Sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes,
- Seguimiento a riesgos.

De acuerdo a la evidencia empírica de las anteriores variables, la aplicación del sistema de habilitación, pilar básico del SOGCS, no está generando la garantía mínima de cumplir con el criterio hipocrático de no dañar al usuario o a la comunidad.

Este abundante pero inefectiva normalización en salud nos lleva a pensar que estamos muy distantes aún de crear una cultura de seguridad del paciente, como debe ser un sistema de salud.

Óptica de los participantes del sistema.

La calidad es vista por los actores del sistema (EPS, IPS y usuarios) desde sus ópticas y sus intereses:

El asegurador, las empresas promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, desde el punto de vista teórico lo mueven dos grandes variables, en la misma proporción, como son: la satisfacción de los usuarios (calidad) y la rentabilidad propia del proceso productivo de inversión de recursos para obtener una utilidad. Sin embargo, es la rentabilidad el factor más preponderante frente al menor peso específico de la satisfacción del usuario. Muestra de lo anterior: las grandes utilidades en sus estados de P&G, las quejas y

reclamos, las tutelas interpuesta, la limitación de los servicios a través de: su interpretación de las normas y la tramitología a la que someten a los usuarios.

La IPS el prestador de servicios de salud, la IPS, también se halla en un dilema, priorizar la vida o primero los rendimientos. Los primeros son pocos en el mercado con atención de calidad.

Las IPS, las cuales piensan en un mayor rendimiento se especializan en muy buenos procesos de facturación, médicos y especialistas dedicando poco tiempo a cada usuario y a cada proceso con el fin de atender al mayor volumen.

Los usuarios.- actor principal del sistema –en teoría- los cuales, han sido influenciados por los actores anteriores, haciéndoles creer que con la obtención del carnet son beneficiarios del servicio o que por el hecho de ser asistidos o por ser atendidos en cualquier institución reciben un servicio con calidad. los usuarios son tratados con procesos coercitivos ordenándosele eliminar alimentos de su menú diario, limitando sus tratamientos, con sensación de insatisfacción por las malas condiciones locativas donde son atendidos, la pérdida de credibilidad del usuario hacia el médico por la formulación de algunos medicamentos que al parecer tienen grandes propiedades curativas los cuales calman muchas enfermedades.

De acuerdo a Adalberto E. Llinás Delgado citando a Franco y a Campos y otros, el modelo colombiano en salud es poco satisfactorio³²

La eficiencia del sistema falla porque ha derivado en administraciones onerosas, en demoras innecesarias en el flujo de recursos y en el uso indebido de barreras de acceso, que han dado lugar a resultados subóptimos a pesar de la multiplicación de los recursos públicos y privados

³² Franco A. Sistemas previsionales, salud y reformas en América Latina [en línea] 2001 [5 de junio 2009]. URL disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642001000300002&script=sci_arttext

para el sector³³. Por lo anterior el usuario se ve obligado a recurrir a las acciones de tutela.

La calidad en la atención debe estar enmarcada en el desarrollo de acciones dirigidas a obtener una mejor calidad de vida para la población, y esto se logra ubicando en el centro del proceso como prioridad básica el ser humano, en nuestro caso, al usuario. En otras palabras, tratar de humanizar la salud.

Se piensa, y así nos lo ha hecho creer los tomadores de decisiones que: la atención asistencial es sinónimo de la calidad en salud y el aumento de carnetizados es un incremento en cobertura; empero cobertura sin calidad.

Por el contrario, se hace necesario generar modelos de calidad de atención centrados en el ser humano, priorizando la salud y una verdadera cobertura, con calidad técnico-científica de los profesionales de la salud, aumentar el uso eficiente de los recursos, reducir el riesgo de lesiones asociados con los servicios de salud ofrecidos y aumentar la satisfacción del paciente-usuario en sus demandas.

7.1.2. MARCO CONCEPTUAL

7.1.2.1. Definición de términos básicos

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las

³³ Campos J, Rivera M, Castañeda MR. El malestar de la salud en Colombia [en línea] 2008 [5 de junio 2009]. URL disponible en: http://www.contraloriagen.gov.co/html/RevistaEC/pdfs/303_2_1_El_malestar_de_la_salud_en_Colombia.pdf

actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Auditoria: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

Autoevaluación: La auto evaluación es el proceso de análisis crítico de una carrera o institución educativa, realizado por todos los actores con el propósito de valorar su situación, para la toma de decisiones orientada a su mejoramiento o acreditación.

Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y

necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Direccionamiento: es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobernabilidad de la organización.

Distintivos: El distintivo de habilitación es el instrumento que les sirve a los ciudadanos para ejercer control y verificación que los servicios de salud se están prestando en servicios debidamente habilitados. Por cada servicio habilitado, las Entidades Departamentales y Distritales de salud entregarán un distintivo en el momento de la activación del código del prestador realizando el control de entrega respectivo. A través de este mecanismo se fortalece la capacidad de control de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud sobre el estado de habilitación de los servicios ofrecidos por las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción. Es obligación del prestador de servicios de salud hacer el uso adecuado del distintivo.

Dotación: Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB. Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

Estándar: Declaración que define las expectativas de desempeño, estructura o proceso que son esenciales en una institución o servicio para mejorar la calidad en la atención.

Gerencia: es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobernabilidad interna de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.

Guía clínica de atención: es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica. Esta debe contener como mínimo objetivos, población objeto, alcance, recomendaciones y algoritmos de manejo y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, debe permitir flexibilidad y adaptación a las individualidades del paciente. Las guías deben tener, mecanismos de difusión registrados, mecanismos de capacitación, mecanismos de evaluación mecanismos de retroalimentación, y deben estar basadas en la evidencia.

Habilitación: Se considera habilitado el servicio cuando el prestador cuenta con código activo asignado por la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

Infraestructura: Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.

Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de servicios de salud-(REPS): Es la incorporación y registro de los datos del prestador y de la información de servicios del prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) en cada Entidad Departamental o Distrital de Salud, quien es la responsable de su administración y diligenciamiento para posterior envío al Ministerio de Salud y Protección Social para la consolidación de la información.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): Son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

Interdependencia. Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.

La habilitación de los servicios dependerá de si el servicio ofertado requiere o no visita previa, conforme a lo estipulado en el artículo 10 de la presente resolución, en éste caso el código se activará en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), una vez se haya realizado la visita por la entidad correspondiente y se haya verificado el cumplimiento de las condiciones de habilitación por parte del prestador.

Manual: Libro en que se compendia lo más sustancial de una materia.⁷ Documento o cartilla que contiene las nociones básicas y la forma correcta de aplicación de un tema o un compendio y colección de textos seleccionados y fácilmente localizables, ej.: manual de procedimientos.

- Interrogue sobre los comités o instancias de autocontrol o de autoevaluación en los servicios, definidos por el prestador para realizar los procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos.
- Las precauciones de aislamiento y el cumplimiento de normas de bioseguridad se verifican con la existencia del procedimiento, guía o manual.
- Solicite el Manual de esterilización.
- Solicite el último reporte de información al Sistema de Información para la Calidad

- Solicite las fichas técnicas de los indicadores de seguimiento a riesgos de la institución.

Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos: Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, Fito terapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico, así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Prestadores de Servicios de Salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Procedimiento en Salud: Es la actividad que hace parte de un proceso y ayuda en la realización o generación del servicio o producto.

Proceso en salud: Es el conjunto de actividades que se realizan a una persona o un insumo biológico específico, con el fin de transformarlo, obteniendo como resultado un servicio o un producto.

Procesos Prioritarios. Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.

Profesional independiente. Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sus titulan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

Protocolo: es el conjunto de normas y a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe ser de carácter obligatorio. Obviamente en las instituciones sólo se exigirá las guías y protocolos de los procedimientos que realicen.

Recursos humanos: se enfoca en la gestión del recurso humano desde su planeación hasta su proceso de mejoramiento continuo.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y

sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Talento Humano: Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional y ocupacional del Talento Humano asistencial y la suficiencia de éste recurso para el volumen de atención.

Una vez habilitado el servicio, la Entidad Departamental y/o Distrital de Salud, entregará la certificación de habilitación del servicio y el o los correspondiente(s) distintivo(s).

7.1.2.2. Glosario de siglas

ACR Análisis de causa raíz

ARS Administradoras del régimen subsidiado

CCF: Cajas de Compensación Familiar.

CES Instituto de Ciencias de la Salud

CID Centro de Investigaciones para el Desarrollo

DE Direccionamiento estratégico

DRAFT Enfoques para la evaluación y administración de la calidad de los servicios de salud

EAPB Empresas administradoras de planes de beneficios

EPS Entidades promotoras de salud

EPS: Entidades Promotoras de Salud.

EPS-S: Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas.

ESE: Empresas Sociales del Estado.

ESS: Empresas Solidarias de Salud.

Fondo SYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía.

IPS Instituciones prestadoras de servicios de salud

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

JICAHO Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

MAPIPOS: Manual de Procedimientos y Actividades del POS.

MCC Mejoramiento continuo de la calidad

MPS Ministerio de la Protección Social

PARS Programa de Apoyo a la Reforma de Salud

PHVA Ciclo de mejoramiento (PDCA, por sus siglas en inglés)

POS: Plan Obligatorio de Salud.

SGSSS Sistema general de seguridad social en salud

SIIS Sistema de información a usuarios

SISBEN: Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios Sociales.

SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

SOGC Sistema obligatorio de garantía de calidad

SUH Sistema único de habilitación

UPC Unidad de pago por capitación

USAID Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo

7.2 MARCO HISTÓRICO

7.2.1 Antecedentes del sistema de salud en Colombia

Los antecedentes del sistema de salud en Colombia los estudiosos del tema lo dividen en cuatro fases:

- ❖ **1886** (promulgación de la Constitución) **-1950.-** en donde predominó lo que algunos ha denominado “modelo higienista”, donde las acciones de salubridad pública se limitaban a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud venía a ser financiadas por los usuarios y por algunas instituciones de caridad.
- ❖ **1950 – 1970.-** se crea la Caja Nacional de Previsión que se encargaba de atender la salud de los empleados públicos y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (después Instituto de Seguros Sociales) que atendía a los empleados del sector privado con empleo formal.
- ❖ **1970 – 1989.-** se crea el Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de “subsidios a la oferta”; régimen bajo el cual, los recursos del gobierno central para salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos del país.
- ❖ **1990 – a nuestros días.-** se expide la Ley 10, la constitución de 1991, la ley 100, entre otras.

Con la promulgación de la Constitución Política de 1991, se estableció que “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado”, aplicando los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia.

Luego vino la Ley 60 de 1993, la cual definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la

Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

Con la Ley 100 de 1993 se puso en boga tres principios esenciales en la prestación de los servicios de salud: la eficiencia, la universalidad y la solidaridad. En aras de promover la eficiencia del Sistema de salud y la calidad de la prestación del servicio, la ley emprendió la competencia entre las IPS y aseguradoras. Además, para aumentar la cobertura, se crearon los denominados régimen contributivo (usuarios con capacidad de pago) y régimen subsidiado (población de bajos ingresos)

7.2.2 Reseña histórica de la ese hospital departamental de Sabanalarga

Somos una institución hospitalaria que nace como centro de salud hace más de 60 años cuando en 1943, el concejo municipal de Sabanalarga dio facultades a la autoridades municipales para la adquisición de un terreno con el fin de construir un hospital y una sala de maternidad para atender las necesidades de salud de la comunidad.

El 6 de agosto de 1954 por intermedio del club de leones se dio al servicio el nombre de HOSPITALITO, con el ánimo de la atención y hospitalización de los niños.

Posteriormente en el año 1956 se estableció el servicio de odontología.

En el año 1975 paso a ser HOSPITAL REGIONAL el cual estaba conformado por hospitales locales de Campo de la Cruz, repelón, Luruaco, los centros de salud de Candelaria, Manatí, Suán y Santa Lucía.

En el año 1993 se llevó a cabo una reorganización administrativa, la cual permitió que el hospital se elevara a nivel departamental y de segundo nivel de atención. De acuerdo a las necesidades de servicio de la comunidad el hospital fue creciendo en cuando a la prestación de servicios.

En la actualidad LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA es una entidad de carácter público considerada como la institución en salud número uno en el departamento del atlántico, cuya actividad es prestar los servicios de salud, hasta el segundo nivel de complejidad a la comunidad del centro y sur del departamento del atlántico, y algunas regiones del departamentos del magdalena y bolívar.

Según el Plan de Desarrollo del Atlántico³⁴: A septiembre de 2011, los municipios de la Subregión Centro tenían una población Sisbén en los niveles I y II de 165.926 personas y una cobertura total de aseguramiento de la población total del 99.54%; en el régimen contributivo del 22.29% y en subsidiado el 77.25%, quedando un 0.46% de la población fuera de Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Ver tabla).

³⁴ Plan de Desarrollo del Atlántico: ATLANTICO MAS SOCIAL.- pagina 175

Tabla

DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO

COBERTURA DE POBLACION ASEGURADA

Municipio: SABANALARGA	TOTAL
Sisben Niveles 1 y 2 Según DNP	76.608
Afiliados Contributivo Sisben Niveles 1 y 2 Según DNP	17.716
Afiliados Subsidiados Cargados a Corte sept. 20 – 2011	60.657
Cobertura Aseguramiento Régimen Subsidiado+Régimen Contributivo	102,30%
Sisben Nivel 1, 2 y 3 Según DNP	80.547
Cobertura Con los Niveles 1, 2 y 3	97,30%

Fuente: PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL.- SECRETARIA DE SALUD

Portafolio de servicios: relación oferta de servicios

Consulta externa

Servicio personalizado entre el profesional de salud y el paciente donde se le explicara al usuario la posible patología, las posibles ayudas diagnósticas, los procedimientos necesarios y sus posibles riesgos, los medicamentos a utilizar y sus posibles efectos secundarios.

La institución cuenta con 12 consultorios ubicados en un área específica, con buena ventilación y dotación adecuada.

Medicina Especializada:

Pediatría

Atendida de Lunes A viernes 6 Horas diarias

Cirugía Pediátrica

Atendida los Días Jueves en la tarde 6 horas a partir de 1:00 pm

Ginecología

Atendida los días Lunes a partir de las 7:00 am 6 horas, Miércoles a partir de 7:00 am 6 horas (2 Ginecólogos), y a partir de 1:00 pm 6 horas (1 Ginecólogo), Viernes a partir de 7:00 am 6 horas

Cirugía General

Atendida los días Lunes a partir de la 1:00 pm 6 horas, Martes a partir de 7:00 am 6 horas, Miércoles, Jueves y Viernes a partir de 7:00 am 6 horas

Ortopedia

Atendida los días Martes, Miércoles y Jueves a partir de 7:00 am 4 horas

Otorrinolaringología

Atendida los días Martes a partir de 1:00 pm 6 horas y Jueves a partir de 7:00 am 6 horas

Medicina interna

Atendida los días Lunes, Martes, Miércoles y Viernes a partir de 7:00 am 6 horas

Anestesiología

Atendida los días Martes, Miércoles, Jueves y Viernes a partir de 1:00 pm

Gastroenterología

Atendida los días Martes a partir de 7:00 am

Urología

Atendida los días Viernes a partir de 7:00 am

Oftalmología**Además Consulta de:**

Enfermería

Fisioterapia

Dietética y Nutrición

Terapia Respiratoria

Psicología

Dermatología

SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO**Imágenes Diagnósticas:**

- Rayos X simples, Rayos X contrastados, Ecografías, Monitoreo fetal,
- Ecocardiogramas

Laboratorio Clínico:

- Parcial de orina, Glucosurias, Coprológicos, Glucosurias, Sangre , azúcares reductores, etc. (exámenes de rutina).
- Hematología General y Especial

- Química Sanguínea General y especial- Gases arteriales
- Microbiología
- Serología
- Hormonas: Perfil Tiroideo- FSH, LH, Hemoglobina Glicorilada

Transfusión Sanguínea: Unidad Transfusional

- Sangre total, Plasma sanguíneo, Glóbulos rojos empaquetados

Electrocardiogramas: Tele-electrocardiografía

Ultrasonidos

Ecografías: Transvaginal, T. Blandos, Obstétricas, Abdominales

Estudios Endoscópicos

- Vías digestivas

SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

Central de Mezcla

Servicio Farmacéutico

Terapia física:

- Tens, barras paralelas, pesas, balones medicinales, compresas, Electroestimulador, vibradores, rayos infrarrojos.

Terapia respiratoria:

- Drenaje postural, terapias con oxígeno

Nutrición**Psicología****Esterilización****SERVICIO DE HOSPITALIZACION****Servicio de Pediatría:**

- Incluye Sala de Neonatos Especializada.
- Atención por pediatra 24 horas.

Unidad de cuidados Intermedios neonatos:

- Servicio especial con 3 incubadoras y 4 cunas.
- Atención especializada 24 horas.

Servicio de Ginecología:

- 2 Salas de Parto, 1 Sala de Procedimientos Sépticos
- Urgencias ginecobstetricias 24 horas
- Atención especializada 24 horas.

Servicio de Médico Quirúrgica 1:

- Mujeres y Hombres: Atención de Ortopedia, Cirugía y Medicina Interna.
- Atención Especializada 24 horas

Servicio de Médico Quirúrgica 2:

- Mujeres y Hombres: Atención de Medicina Interna y Cirugía
- Atención especializada 24 horas.

Servicio de Médico Quirúrgica 3

- Mujeres y Hombres: Atención de Medicina Interna y Cirugía
- Atención especializada 24 horas.

Recurso Físico y Capacidad Instalada

Servicio	Número de Camas
Camas de Hospitalización	80
Camas de observación en Urgencia	16
Consultorios en Consulta Externa	14
Consultorios- Triage en Urgencia	2
Cuidados Intermedios Neonatos	7
Salas de cirugía	2
Salas de parto	2

Quirófanos

Contamos con dos quirófanos, área quirúrgica independiente con las medidas de Bioseguridad técnicas exigidas, donde realizamos intervenciones de II y III Nivel de complejidad:

Otorrinolaringología

Ortopedia (entre otras)

Cirugía general (Entre otras)

- Apendicetomías

- Colecistectomías
- Hernias Umbilicales/Inguinales/Femorales/Epigástricas

Ginecológicas (entre otras)

- Histerectomías
- Ooforectomias
- Salpingectomias
- Ligaduras de trompas
- Cesáreas
- Colporrafias anterior, posterior

Cirugía Pediátrica

Cirugía de Mama y tumores de Tejidos blandos

Cirugía Renal

Cirugía Prostática

Servicio de urgencias

Atención de urgencias las 24 horas con las cuatro especialidades básicas durante las 24 horas, sala de reanimación, consultorios de Triage (1 adulto y 1 Pediátrico), Observación pediátrica (6 cunas), observación adulto (4 camas para mujeres y 4 camas para hombres) sala de yeso, sala de pequeñas cirugías, sala de hidratación pediátrica, consultorios independientes.

Ambulancia

Servicio de transporte de pacientes en ambulancia de transporte básico y medicalizado con auxiliar de enfermería permanente y médico.



MISIÓN INSTITUCIONAL

E.S.E. hospital departamental de Sabanalarga.

La E.S.E hospital departamental de Sabanalarga, es una institución que presta sus servicios a una amplia zona de la región caribe, quién realiza su labor con un recurso humano calificado, humanizado y comprometido con la recuperación de nuestros usuarios en unas amplias y confortables instalaciones, acordes con los estándares y necesidades requeridas por el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Unidos por un hospital diferente.....

VISIÓN INSTITUCIONAL

E.S.E hospital departamental de Sabanalarga

La E.SE. Hospital departamental de Sabanalarga, busca constituirse para el año 2013, como una institución prestadora de servicios de salud, modelo en gestión administrativa y asistencial en el Departamento del Atlántico, cumpliendo con los requerimientos de los estándares establecidos el sistema único de Habilitación y Acreditación.

OBJETIVOS DE CALIDAD

E.S.E Hospital departamental de Sabanalarga.

- ❖ Aumentar la prestación de servicios en áreas críticas.
- ❖ Crear condiciones para la participación de los usuarios en el mejoramiento de los servicios.
- ❖ Promover el desarrollo de una cultura de calidad.
- ❖ Fomentar la sana competencia con base en la calidad y beneficios de los usuarios.
- ❖ Estimular el desarrollo de un sistema de información sobre calidad.
- ❖ Garantizar parámetros mínimo de calidad en la atención en salud
- ❖ Garantizar el crecimiento y sostenibilidad económica.

POLÍTICA DE CALIDAD

E.S.E. Hospital departamental de Sabanalarga

Nosotros el Hospital Departamental de Sabanalarga, nos comprometemos a dedicar nuestro máximo esfuerzo y todos los recursos de que disponemos para garantizar a nuestros usuarios que reciban servicios de salud accesibles, equitativos, oportunos, pertinentes y con continuidad, teniendo en cuenta los recursos disponibles y generando satisfacción.

POLÍTICAS DE ESTILO DE DIRECCIONAMIENTO

❖ Políticas de comunicación

La E.S.E. Hospital Departamental de Sabanalarga, establecerá una estrategia de comunicación efectiva y bien gestionada que brindara múltiples beneficios y garantizara la satisfacción de los usuarios, comunidad trabajador y partes interesadas.

❖ Políticas de control interno

El control interno de la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA, enmarcara su gestión en la autorregulación, autogestión y autocontrol mediante la implementación del MECI para entidades del estado, ´para crear una cultura en el control estratégico de gestión y evaluación.

❖ Políticas de talento humano

La oficina de Talento Humano de la **E.S.E. Hospital departamental de Sabanalarga**, administrara y proporcionara elementos necesarios para garantizar un recurso humano competente y comprometido con el logro de los objetivos, misión y visión de la entidad.

VALORES ÉTICOS

E.S.E Hospital departamental de Sabanalarga.

- Servicio
- Responsabilidad
- Respeto
- Honestidad
- Confianza
- Calidad en la atención
- Trabajo en equipo.

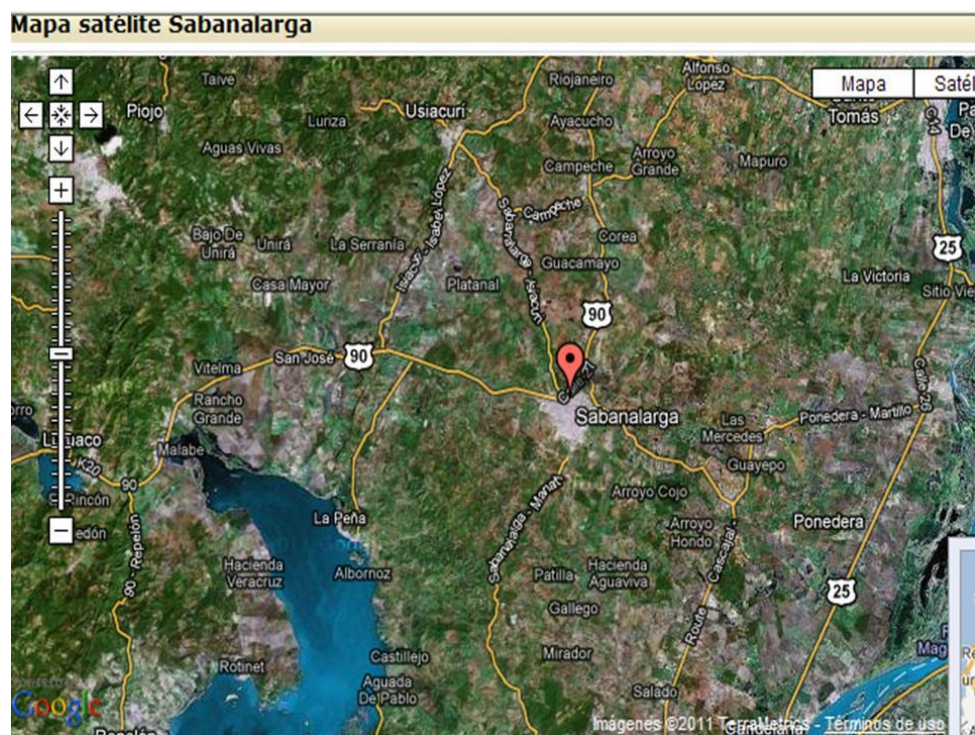
7.3. Marco geográfico

El área geográfica en la cual se realizara la investigación es en el Departamento del Atlántico; en el Municipio de Sabanalarga, en el barrio Tolima.

Estructura: Municipio de Sabanalarga Dir. Calle 25 N° 8-25 Barrio Tolima.

SABANALARGA

Sabanalarga es un municipio [colombiano](#), ubicado en el departamento del [Atlántico](#), en la costa norte del país, siendo considerada la ciudad más importante del departamento después de su capital [Barranquilla](#). Cuenta con una población de 95.542 habitantes en el 2010.



Límites

Limita por el Norte con los municipios de Usiacurí, Baranoa, y Polonuevo; por el Sur con los municipios de Repelón, Manatí y Candelaria; por el este con el

municipio de Ponedera; por el Oeste con el municipio de Luruaco y por el Noroeste con el municipio de Piojó.

Historia

El origen de la actual población se remonta a 1620 cuando un grupo de colonos entre los que estaban Lucas y Dionisio Tesillo, Diego de Almanza, Plácido Ortega, Joaquín Figueroa, Marcelino de Jesús Molina, y Carlos Orozco; ocupó algunas tierras aptas para la agricultura.

De las ciudades y pueblos de la Costa Atlántica, Sabanalarga ha sido tradicionalmente afamada como ciudad culta y notable por su "amor a la ilustración".

En 1680 se elevó a la condición de corregimiento, sólo hasta el 26 de enero de 1744 se empezó una vida en comunidad, edificándose algunas casas alrededor de una iglesia pajiza y por ello, algunos historiadores dan esta fecha como la de fundación definitiva del caserío.

En 1833 fue elevada a Villa, Capital del 4° Cantón de la provincia de Cartagena. También fue capital del departamento y de la provincia de Sabanalarga.

La fertilidad de sus suelos la ha convertido en una despensa del departamento con el suministro de vacunos y los cultivos de azúcar, algodón, maíz y plátano.

Parte del embalse del Guájaro se encuentra en su jurisdicción y varios arroyos abastecen sus necesidades de agua.

Sabanalarga cuenta con siete corregimientos: La Peña, Colombia, Molinero, Isabel López, Cascajal, Aguada de Pablo y Gallego y sitios menos poblados como Patilla, Mirador, Cumaco y La Piedra.

El piso térmico es cálido. Gracias a la importancia económica de su agricultura y ganadería es activo centro comercial. Anualmente se celebra en Sabanalarga la

Feria Ganadera más importante de la región con expositores de toda la costa y del país.

Población

Según el Plan de Desarrollo del Atlántico³⁵, En la Subregión Centro, el total de población proyectada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas-DANE al año 2011 es de 189.390 habitantes, de los cuales 146.336 (77.3%) se encuentran en las zonas urbanas y 43.054 (22.7%) en áreas rurales, participando con el 8.1% en el total departamental. Es de resaltar el caso del municipio de Luruaco que a diferencia del resto de municipios, tiene su mayor concentración en la zona rural (50.9%). Lo anterior indica que en la Subregión se presenta un alto crecimiento del fenómeno de la urbanización, lo que ocasiona una disminución de población dedicada a los sectores económicos propios de la zona, como son las actividades agropecuarias, pesqueras y mineras. (Tabla)

³⁵ Plan de desarrollo departamental: ATLANTICO MAS SOCIAL, pagina 166

Tabla

DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO

Tamaño de la población según zonas Subregión Centro. 2011

Municipio	Población proyectada total 2011	% participación total 2011	Proyectada urbana 2011	% participación urbana 2011	Proyectada rural 2011	% participación urbana 2011
Baranoa	55.413	2.4	46.375	83.7	9.038	16.3
Polonuevo	14.753	0.6	12.085	81.9	2.668	18.1
Sabanalarga	93.700	4.0	75.352	80.4	18.348	19.6
Luruaco	25.524	1.1	12.524	49.1	13.000	50.9
Proporción %	189.390	8.1	146.336	77.3	43.054	22.7

Fuente: PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL

7.4 Marco legal

- Constitución nacional:
 - Derechos fundamentales a la vida y a la salud
- Ley 100 de 1993 (LEY ESTATUTARIA)

Art. 227, LEY 100/93: CONTROL Y EVALUACION DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.- Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en Salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las EPS con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información ofrecida será de conocimiento público.

- Decreto 1011 de 2006 (SOGC)
- Resolución 1441 de 2013
- Resolución 1445 de 2006 (ACREDITACIÓN)
- Resolución 1446 de 2006 (INFORMACIÓN)
- Resolución 3960 de 2008

- Resolución 2181 de 2008
- Resolución 123 de 2012
- Ley 1122 de 2007
- Ley 715 de 2001 (LEY ORGÁNICA)
- Ley 1164 de 2007 (THS)
- ley 1419 de 2010. (TELESALUD)
- Decreto 4295 de 2007
- Resolución 2680 de 2007
- Resolución 3763 de 2007
- Resolución de brigadas (4796/2008)
- Resolución 1448 de 2006 (Telemedicina)
- Resolución 1315 de 2006 (CAD)

Decreto 1011 de 2006

- SUH
- SUA
- PAMEC
- SITEMA DE INFORMACION

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Campo de aplicación

- Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud,
- EPS del Régimen Subsidiado,
- Las Entidades Adaptadas

- Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales.

Resolución 1441 de 2013

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones

Objeto y campo de aplicación. La presente resolución tiene por objeto establecer los procedimientos y condiciones de habilitación, así como adoptar el Manual de Habilitación que deben cumplir: a) las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud,

b) los Profesionales Independientes de Salud, c) los Servicios de Transporte Especial de

Pacientes, y d) Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.

El cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución es de obligatoria verificación por parte de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en lo de su competencia.

Condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar servicios. Los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, deberán cumplir las siguientes condiciones:

3.1. Capacidad Técnico-Administrativa

3.2. Suficiencia Patrimonial y Financiera

3.3. Capacidad Tecnológica y Científica

Parágrafo: Las definiciones, estándares, criterios, parámetros y forma de verificación de las precitadas condiciones, son las establecidas en el Manual de Habilitación de

Prestadores de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

A partir del 1° de junio de 2014, los prestadores que cumplan los cuatro años de vigencia de la habilitación, conforme a lo previsto en el artículo 14 del Decreto 1011 de 2006, renovarán anualmente su habilitación, siempre y cuando el prestador, antes del 31 de mayo de cada año, haya realizado el proceso de autoevaluación de que trata el artículo 4 de la presente resolución, iniciando el 31 de mayo del 2014.

Resolución 1445 de 2006

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

Intencionalidad

La intencionalidad de la Acreditación en Salud se desarrolla en armonía con lo establecido en el artículo 3° del Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, el cual establece claramente que “Las acciones que desarrolle el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados”

Dado lo anterior, la intencionalidad del mejoramiento continuo de la calidad en el Sistema Único de Acreditación en Salud apunta más allá del desarrollo de acciones que cumplan en lo formal con los requerimientos establecidos por los estándares de acreditación. Cuando el ente acreditador otorga a una institución el certificado de “Acreditado en Salud”, centra sus acciones en el usuario certificándole que cuando acuda a recibir servicios en la institución acreditada tendrá una altísima probabilidad de recibir una atención en salud de excelencia, por encima del que ofrece el nivel promedio de las instituciones similares en el país y exponiéndose al mínimo de riesgos derivados de la atención en salud.

La obtención del certificado de acreditado en salud también le expresa al usuario que durante el proceso de evaluación, los evaluadores de acreditación no encontraron ninguna evidencia que los llevara a dudar del cumplimiento del piso mínimo establecido por los estándares de habilitación y en consecuencia se estableció que en la institución acreditada los beneficios esperados de la atención en salud superan ampliamente los riesgos potenciales.

Definición y grandes propósitos

Definición

Por acreditación en Colombia debe entenderse:

“Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizados para dicha función”.

PROPÓSITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Misión

“Desarrollar e implementar la gestión de calidad de las organizaciones de salud mediante un proceso voluntario de autoevaluación y evaluación externa, con unos estándares óptimos factibles, para mejorar la salud de los colombianos”.

Visión

“Ser el mecanismo fundamental y de mayor credibilidad para direccionar el mejoramiento de las instituciones de salud en Colombia”.

Resolución 1446 de 2006

Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita:

1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

Niveles de operación del sistema de información para la calidad. Opera en los siguientes niveles:

1. Nivel de Monitoria del Sistema. Los indicadores trazadores definidos para este nivel y las fichas técnicas de los mismos están contenidos en el Anexo Técnico que forma parte integral de la presente resolución, los cuales son de obligatoria implementación y reporte por parte de las instituciones a que hace referencia el artículo 1º del Decreto 1011 de 2006 y servirán para la monitoria de la calidad de la atención en salud en todo el territorio Nacional y el desempeño de los diferentes actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

En cumplimiento del artículo 3º del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, la información solicitada para las variables de calidad corresponderá a los indicadores definidos para el nivel de monitoria de la presente resolución.

Para las instituciones que hayan sido acreditadas, la entidad acreditadora conjuntamente con el Ministerio de la Protección Social deberá implementar indicadores de seguimiento, los cuales le servirán como trazadores del grado de permanencia de las condiciones evaluadas durante el proceso de otorgamiento de la acreditación y constituirán una herramienta técnica para orientar las visitas de seguimiento y la información a los usuarios.

2. Nivel de Monitoria Externa. Entre los diversos actores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, se pueden proponer y utilizar en el marco de sus competencias indicadores de calidad adicionales a los que hace referencia la presente resolución, con el objeto de evaluar la calidad y promover acciones de mejoramiento en áreas específicas de responsabilidad, atendiendo al principio de eficiencia del Sistema de Información para la calidad contemplado en el artículo 47 del Decreto 1011 del 2006.

3. Nivel de Monitoria Interna. Está constituido por los indicadores que se evalúan y los eventos adversos que se vigilan al interior de los actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Es obligatorio hacer la monitoria de indicadores de calidad y vigilar el comportamiento de los eventos adversos los cuales serán definidos voluntariamente por la institución.

Se encuentran comprendidos en este nivel, como de obligatorio cumplimiento e implementación los indicadores de seguimiento a riesgo establecidos en el Sistema Único de Habilitación.

Resolución 3960 de 2008

Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1445 de 2006 y sus anexos técnicos

Manual de estándares de acreditación para las direcciones territoriales de salud conceptualización base de los estándares.

Para la construcción de los estándares se definió un modelo de gestión de una dirección de salud basado en el modelo de enfoque sistémico y sistema viable referido en el marco conceptual, el cual tiene cuatro fases:

La primera fase de ésta construcción es la definición del rol y los alcances del sistema de salud en el nivel territorial, de acuerdo con las competencias técnicas definidas por la Ley a las entidades territoriales de salud, y enmarcadas en el modelo de seguridad social en salud.

Se trata de definir qué es lo que hace el sistema, para que lo haga y cómo lo debe hacer.

Las conclusiones obtenidas a estas tres preguntas son:

- **¿Qué hace?**

Diseñar, aplicar y evaluar el Sistema de Seguridad Social en Salud mediante la adopción y adaptación de las políticas nacionales, en el área geográfica de su influencia

- **¿Para que lo hace?**

Para mantener y mejorar las condiciones de salud de la población y mejorar los resultados de las acciones del Sistema, en su jurisdicción.

- **¿Cómo lo hace?**

1) Planeación y direccionamiento del sistema. Incluye entre otros:

a) Adaptar y adoptar las políticas nacionales del SGSSS

b) Rendición de cuentas

2) Aseguramiento y gestión de la prestación de servicios de salud. Incluye el concepto de fortalecimiento de la oferta

3) Salud pública

4) Gestión de los recursos financieros

Adicionalmente, las grandes actividades y funciones que desarrollan las entidades territoriales para el logro de su propósito, son apoyadas mediante actividades transversales.

Estas son:

- Asistencia técnica a las instituciones
- Inspección, vigilancia y control
- Coordinación de actores
- Gestión del recurso humano en salud
- Participación de la comunidad

Resolución 2181 de 2008

Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público.

Objeto y campo de aplicación. La presente resolución tiene por objeto expedir la Guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del SGSSS, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público obligadas a cumplir con la Ley 872 de 2003, contenida en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Parágrafo. A las Instituciones pertenecientes al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía que se hayan acogido de manera voluntaria al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, SOGC, o que contraten servicios de salud relacionados con los planes de beneficios, se les aplicará lo dispuesto en la presente resolución.

Artículo 2°. *Lineamientos.* Para cumplir en su totalidad con los requerimientos establecidos por la Ley 872 de 2003 y el Decreto 4110 de 2004 a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud a que hace referencia la presente resolución deberán tener en cuenta los siguientes lineamientos:

1. Cumplir en su totalidad las condiciones de habilitación normadas en el Sistema Único de Habilitación, de conformidad con el enfoque de riesgo a que hace referencia el artículo 6° del Decreto 1011 de 2006 y sus normas reglamentarias.
2. Implementar el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de sus procesos con carácter obligatorio, en lo relacionado con el Ciclo de preparación para la Acreditación o Ciclo de Mejoramiento a que hace referencia el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 1445 de 2006. La implementación de este componente exige que los procesos sean descritos, documentados y estandarizados.

La opcionalidad a la que hacía referencia el precitado anexo técnico se circunscribe a partir de la vigencia de la presente resolución a la postulación ante el ente acreditador.

3. Implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, de acuerdo a lo establecido en el artículo 32 del Decreto 1011 de 2006 y en las pautas indicativas de auditoría expedidas por el Ministerio de la Protección Social, que permiten evaluar y cerrar las brechas para el logro de los resultados esperados por los estándares de acreditación.

4. Implementar el Sistema de Información para la calidad de conformidad con el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1446 de 2006.

5. Ajustarse a los contenidos de la guía applicativa contenida en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Resolución 123 de 2012

Por la cual se modifica el artículo 2° de la Resolución 1445 de 2006

Artículo 2°. Estándares de Acreditación. Para efecto que el ente acreditador evalúe el nivel de calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Direcciones Territoriales de Salud, se adoptan los manuales de estándares que se señalan a continuación:

1. Manuales de Estándares de Acreditación para Entidades Administradoras de Planes de Beneficios- EAPB.

2. Manuales de Estándares de Acreditación para los Laboratorios Clínicos.

3. Manuales de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología.

4. Manuales de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Rehabilitación y Rehabilitación.

5. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario.

Parágrafo 1°. Los manuales a que se refieren los numerales 1 a 4 se encuentran contenidos en el anexo 1 de la Resolución 1445 de 2006. El manual a que se refiere el numeral 5 se encuentra contenido en el libro “Manual de Acreditación en Salud, ambulatorio y hospitalario”, del Ministerio de la Protección Social, versión 003, año 2011, con ochenta y nueve (89) folios, que se publicará en la página web del Ministerio de salud y Protección Social.

Parágrafo 2°. Las Direcciones Territoriales de Salud deben dar aplicación al Manual de

Estándares de Acreditación definidos en la Resolución número 3960 de 2008 o la norma que lo modifique o sustituya.

Artículo 2°. Vigencia y Derogatorias. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica el artículo 2° de la Resolución 1445 de 2006 y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Ley 1122 de 2007

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Objeto. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de

inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Ley 715 de 2001

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Ley 1164 de 2007

Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.

Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

Ley 1419 de 2010

Por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia.

OBJETO. La presente ley tiene por objeto desarrollar la TELESALUD en Colombia, como apoyo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, calidad y los principios básicos contemplados en la presente ley.

Telesalud: Es el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías

de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleeducación en salud.

Decreto 4295 de 2007.

Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley [872](#) de 2003.

Ley 872 de 2003 creó el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público, el cual deberá ser implementado por las entidades señaladas en el artículo 2°;

Que varias entidades, a las cuales se les aplica la Ley 872 de 2003, requieren sistemas específicos de calidad que propendan por el mejor desempeño institucional o de cada Sector Administrativo,

DECRETA:

Artículo 1°. *Norma Técnica de Calidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Fijar como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y definida a través del Decreto [1011](#) de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social expedirá las guías aplicativas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y ajustará las normas técnicas en el marco de la Ley 872 de 2003.

Resolución 2680 de 2007

Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1°. Modificar el artículo [1°](#) de la Resolución 1043 de 2006, el cual quedará así:

"Artículo 1°. Condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios. Los prestadores de servicios de salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación con lo siguiente:

a) De capacidad tecnológica y científica

Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución.

b) Suficiencia Patrimonial y Financiera

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

c) De capacidad técnico-administrativa

Son condiciones de capacidad técnico-administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.

2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

Parágrafo 1°. Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos, solamente cumplirán con lo establecido en el literal a) del presente artículo y no les será exigido el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, PAMEC.

Resolución 3763 de 2007

Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones.

Resolución de brigadas (4796/2008)

Por medio de la cual se reglamenta la atención por brigadas o jornadas de salud, se adoptan estándares de condiciones técnico - científicas para la habilitación de unidades móviles acuáticas y se dictan otras disposiciones.

a) Brigada o jornada de salud: Conjunto de actividades en salud que se desarrollan de manera puntual y esporádicamente en infraestructuras físicas no destinadas a la atención en salud, o infraestructuras físicas de salud en áreas de difícil acceso que no cuentan con servicios quirúrgicos habilitados, o actividades en salud que se prestan en unidades móviles aéreas, fluviales, marítimas o terrestres que requieren para su funcionamiento recurso humano, equipos, materiales y medicamentos necesarios, para beneficio de la población del área de influencia.

b) Brigada o jornada de salud modalidad extramural: Es la prestación de servicios de salud de consulta externa, promoción y prevención, apoyo, diagnóstico y complementación terapéutica de baja complejidad en infraestructuras físicas no destinadas a la atención en salud, o en unidades móviles aéreas, fluviales, marítimas o terrestres.

c) Brigada o jornada de salud modalidad intramural: Es la prestación de servicios de salud en infraestructura física de salud en áreas de difícil acceso que no cuentan con servicios quirúrgicos habilitados y que hacen parte de una institución prestadora de servicios de salud, que acondicionan temporalmente áreas para la realización de procedimientos quirúrgicos.

d) Atención en unidad móvil: Es la prestación de servicios de salud que utiliza un medio de transporte terrestre, acuático o aéreo, que es adaptado para la prestación de servicios de salud.

Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Quienes realicen atención por brigadas o jornadas de salud bajo las modalidades establecidas en la presente resolución, podrán cumplir con el componente de Auditoría de la Calidad de Prestación de Servicios de Salud previsto en el Decreto 1011 de 2006 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Resolución 1448 de 2006 (Telemedicina)

Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para las instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina.

CAMPO DE APLICACIÓN Y OBJETO- Las disposiciones contenidas en la presente Resolución tienen por objeto regular la prestación servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina y establecer las condiciones de habilitación de obligatorio cumplimiento para las instituciones que prestan servicios de salud bajo

dicha modalidad, complementando en lo pertinente la regulación correspondiente al Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud.

Telemedicina: Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a servicios que presentan limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

Resolución 1315 de 2006 (CAD)

Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Fármaco dependencia, y se dictan otras disposiciones.

Objeto y campo de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente Resolución tienen por objeto regular la calidad de los servicios de salud, en los componentes de tratamiento y rehabilitación, que prestan los Centros de Atención en Drogadicción (CAD) y los servicios de farmacodependencia, para lo cual deberán cumplir con las condiciones de habilitación establecidas en la misma.

Centro de Atención en Drogadicción - CAD: Es toda institución pública, privada o mixta que presta servicios de salud en sus fases de tratamiento y rehabilitación, bajo la modalidad ambulatoria o residencial, a personas con adicción a sustancias psicoactivas, mediante la aplicación de un determinado modelo o enfoque de atención, basado en evidencia.

8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 Tipo de estudio

Respecto a la metodología utilizada en la presente investigación, es importante mencionar el paradigma que le sirve de guía al grupo investigador para la misma. Es así como se establece la metodología cuantitativa de la siguiente manera Universitat Politècnica de Valencia³⁶ "La metodología de investigación cuantitativa se basa en el uso de técnicas estadísticas para conocer ciertos aspectos de interés sobre la población que se está estudiando" respecto lo anterior es importante señalar lo siguiente: la presente investigación, si bien, no estudia población, sí estudia procesos que son susceptibles de ser medidos de forma estadística y cuantificables de manera directa.

Es así como el diagnóstico de la calidad a través de una evaluación del sistema obligatorio de garantía de salud en la ESE Hospital de Sabanalarga, se efectuó desde un instrumento previamente diseñado; acto seguido se procedió a la medición de cada una de las dimensiones que hacen parte del instrumento, tales como: habilitación, acreditación, sistema de información, PAMEC. Siendo esta forma aplicada la evaluación y por consiguiente interpretada desde lo cualitativo y lo cuantitativo.

³⁶ Metodología y técnicas cuantitativas de investigación. Hueso & Cascant. Universitat politècnica de Valencia.

http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/17004/Metodolog%C3%ADa%20y%20t%C3%A9cnicas%20cuantitativas%20de%20investigaci%C3%B3n_6060.pdf?sequence=3

8.2 Universo

El universo lo constituye la **E.S.E hospital departamental de Sabanalarga**, en los cuales se aplica la herramienta que permita medir el cumplimiento de los componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad.

8.3 Población

La población de referencia la constituye los funcionarios, colaboradores y pacientes de la ESE que tienen participación de una u otra manera en la operación del sistema obligatorio de Garantía de calidad en la ESE HOSPITAL DE SABANALARGA.

8.4 Muestra

Indicadores y soportes que evidencian el cumplimiento del SOGC en ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA durante el periodo comprendido entre enero 1 y diciembre 31 de 2013.

8.5 Técnicas de recolección de la información

8.5.1 Técnicas de recolección de información primaria

Los procedimientos a realizar para la recolección de la información necesaria para el desarrollo de la presente investigación será diseñar y aplicar una herramienta que nos permita medir el cumplimiento de los componentes del sistema obligatorio de calidad, en la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA.

8.5.2 Técnicas de recolección de información secundaria

El proyecto de investigación se basa en una fuente secundaria que lo constituye el reporte cargado por parte de los directivos de la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA, en la página web de la secretaria de salud departamental, referente al cumplimiento de los componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad.

9. RESULTADOS

Los soportes relacionados al registro especial de los prestadores en la secretaria departamental, están en un nivel de cumplimiento en cuanto están acorde a los estándares establecidos de manera directa con los requerimientos especiales. Es decir, que la inscripción está debidamente diligenciada ante las autoridades competentes en un sentido amplio de resolución y establecimiento de principios por cuales se evalúa el estándar que debe cumplir la ESE hospital de Sabanalarga para su adecuado cumplimiento. Por tanto al aplicar se establece la inscripción ante el REPS respectivo a la jurisdicción idónea.

Respecto a la forma por medio de la cual, los distintivos que deben ser publicados en lugares visibles y que, además, coincidan con los servicios declarados, no se encuentran bajo el cumplimiento del formato aplicado. Implica que los distintivos no están publicados, por tanto se debe asumir como oportunidad de mejora la prontitud de los mismos para poder estar acorde las exigencias establecidas. Esto podrá permitir establecer unas relaciones directas entre la información y los servicios prestados de manera directa; de igual forma esos servicios deben estar adjudicados de una manera coherente a cada función que se debe prestar en un sentido de salud.

El soporte de la renovación según la resolución 1998 de 2010, la cual trata acerca del medio por la cual se definen los lineamientos para la renovación de la habilitación de los prestadores de servicios de salud, la cual tiene una vigencia de cuatro años a partir de la radicación ante una entidad departamental o distrital de salud correspondiente. Dicho soporte no aplica en la ESE hospital de Sabanalarga, por tanto la oportunidad de mejora va orientada a agilizar ese trámite

lo más pronto posible ante la autoridad competente al caso. La cual se hace de teniendo en cuenta los siguientes pasos:

- Realizar la autoevaluación para constatar el cumplimiento de las condiciones de habilitación.
- Ingresar a la página web, de la Dirección Departamental o Distrital de Salud que le corresponda, al enlace de habilitación de prestadores de servicios de salud y activar la opción renovación.
- Generar la constancia de renovación de la habilitación.

Por tanto, esos tres pasos son los que deben aplicarse en la ESE Hospital de Sabanalarga, para poder dar trámite a dicha situación de una forma ajustada a la ley y conforme a los parámetros exigidos por las autoridades en salud.

Sin embargo, la renovación del soporte de la resolución 1998 de 2010 y la 3061 de 2010 la cual trata acerca la renovación del artículo primero de la resolución 1998 de 2010 que quedó de la siguiente forma:

"Artículo 1°. Procedimiento de renovación de la habilitación de prestadores de servicios de salud. Los prestadores de servicios de salud y las entidades con objeto social diferente que presten servicios de salud, deben renovar la habilitación, dentro de los ciento ochenta (180) días hábiles siguientes al vencimiento de la habilitación, aplicando el siguiente procedimiento:

1. Realizar la autoevaluación para constatar el cumplimiento de las condiciones de habilitación.

2. Ingresar a la página web, de la dirección departamental o distrital de salud que le corresponda, al enlace de habilitación de prestadores de servicios de salud y activar la opción renovación.

3. Generar la constancia de renovación de la habilitación.

Por tanto la autoevaluación debe hacerse en un sentido directo de cumplir las condiciones de habilitación; seguido de establecer la renovación de la misma en un sentido de aplicabilidad y finalmente la constancia permitirá establecer la habilitación. De igual forma es importante señalar que la última autoevaluación fue realizada en el mes de diciembre de 2013. En lo que respecta a la oportunidad de mejora, se sugiere que dicha evaluación se establezca como parámetro de la renovación de la habilitación pendiente.

El portafolio de servicio de la ESE hospital de Sabanalarga y cumple con los requisitos inscritos en el RPN, lo que implica un cotejo entre aquello que se oferta como servicio y lo que no se presta como tal. Dicha situación debe ampliar el espectro de los servicios ofertados, en cuanto permitan una mayor cobertura de los mismos conforme sean sus capacidades. Estas capacidades entran en la oportunidad de mejora, que si bien el estándar se cumple, para poder proyectar un servicio en un corto, mediana y largo plazo de los servicios que se ofertan en la ESE Hospital de Sabanalarga buscando ampliar el portafolio de servicios y que coincida con lo inscrito en el RNP.

Debido al segundo estándar relacionado con los distintivos de habilitación, al no tener dicha habilitación; no tiene en sí la certificación por lo tanto no tiene la aplicabilidad correspondiente por cuanto hace falta la habilitación respectiva. Sin embargo, en lo que tiene que ver con la oportunidad de mejora, esta se aplica en un sentido directo de tener que buscar la habilitación lo más pronto posible, de hacer los trámites correspondientes y de establecer la habilitación acompañada de los distintivos que se deben hacer visibles en un lugar estratégico en la ESE hospital de Sabanalarga se hace necesaria.

La calidad se encuentra en este nivel como una dimensión que determina la forma por medio de la cual se establecen los términos adecuados para un funcionamiento global de las actividades realizadas. Por tanto, se hace necesario establecer un sentido directo entre la calidad y los procedimientos realizados en la ESE Hospital de Sabanalarga. De esta forma, se evaluaron los estándares relacionados a la misma; de una forma directa y sin caer en ambigüedades que impidan un análisis objetivo de los factores que determinan la calidad.

Los reportes de cargue de indicadores de la calidad tienen un adecuado cumplimiento ante la superintendencia nacional de salud, los cuales son los encargados de velar por el cumplimiento de esos reportes entregados con regularidad y en los plazos establecidos dentro de los estándares aplicados. De igual manera es importante señalar que dentro de la oportunidad de mejora se hace necesario el establecimiento de unos plazos al momento de hacer unos reportes de los indicadores. También, se pueden reevaluar los indicadores que estén siendo usados en su determinado momento; ver qué tanto están siendo orientados en un sentido directo y si se van ajustando a las necesidades del entorno conforme pase el tiempo.

Al ser la calidad una variable que puede ser tanto cualitativa o cuantitativa, acá se debe procurar un sentido más cualitativo en cuanto permita aterrizar en cuestiones muy puntuales sobre aquello que se va a evaluar. Al ser los reportes efectuados cada semestre y bajo la norma de la resolución 2913 de 2007 que modificó la resolución 2621 de 2006, en cual se establecía "Que el Modelo Estándar de Control Interno y el Sistema de Gestión de la Calidad son complementarios por cuanto tienen como propósito común el fortalecimiento institucional, la modernización de las instituciones públicas, el mejoramiento continuo, la prestación de servicios con calidad, la responsabilidad de la alta dirección y los funcionarios en el logro de los objetivos, por lo tanto, su implementación debe ser un proceso armónico y complementario" en ese sentido, se cumple la normatividad en la pauta relacionada con los reportes semestrales basados en la resolución 2913 de 2007.

La rigurosidad en los procesos de calidad se ven reflejados en la calidad y confiabilidad de las fuentes de información utilizadas para evaluar los indicadores de calidad en salud, los cuales tienen un cumplimiento en cuanto permiten un uso de dichos indicadores para poder establecer un proceso de evaluación de calidad basado en información confiable y que se pueda constatar en una orientación del resultado sobre la misma. En las oportunidades de mejora, es importante resaltar aquellas fuentes que sean más confiables que otras y entrar en un sentido de oportunidad entre lo que se espera encontrar en las evaluaciones y lo que se encuentra en sí. Por tanto, al ver que la rigurosidad aplica de manera directa, se da un adecuado cumplimiento de los procesos orientados al mejoramiento constante de los estándares de calidad.

Es así, como la calidad de los registros dependen de las fuentes de información que se utilizaron durante un proceso de evaluación. Por tanto los registros deben

estar acorde a los indicadores que establecen si el funcionamiento de diversos procesos se está realizando bajo los estándares de calidad exigidos para una institución de salud. Es así, como se configura una secuencia entre los procesos y sus resultados, en tanto el orden de los mismos establece parámetros de medición de la calidad. La verificación de las fuentes se realiza con los parámetros que exijan y que hagan ver que realmente los procesos se realizan en una orientación al mejoramiento constante.

La periodicidad en que los informes se entregan de manera mensual, aplica en la forma de mantener los resultados de una forma directa y constante. Por tanto en este sentido, se cumple la entrega de carácter mensual de esos indicadores de calidad en salud, siendo entregados cumpliendo con los requisitos exigidos por la normatividad establecida.

Los análisis cada mes sobre los indicadores de calidad y gerencia se cumplen de manera periódica, en lo que respecta al cumplimiento de las mismas: entregando actas y soportes relacionados a lo analizado en el mes correspondiente. De esta forma, los análisis obedecen en un sentido directo al mejoramiento de los procesos. En cuanto a las oportunidades de mejora, éstas deben ir orientadas en un cumplimiento de las mismas, siendo entregadas en los plazos acordados y que conlleven en un sentido de cumplimiento de estándares.

Sin embargo, la calidad requiere que de ahí surjan planes de acción para las mejoras. Las mejoras hacen parte del proceso de calidad porque son las que permiten establecer bajo qué parámetros es que se desea alcanzar esas oportunidades de mejora, la cual debe ser constante si se establece un férreo compromiso con cada una de las actividades que se evalúen en un sentido directo. Sin embargo, en la ESE Hospital de Sabanalarga, se evidenció la falta de

documentos y de regularidad de los procesos realizados. Por tanto la oportunidad de mejora se debe establecer desde la continuidad de esos planes de mejora, que permita establecer futuras acciones para el mejoramiento del sentido de calidad.

La verificación de los soportes para la creación del comité de urgencias, participación social, ética médica, salud ocupacional, farmacia y terapéutica, gestión de calidad, historias clínicas, COVE Infecciones, Transfusional, tienen un cumplimiento a nivel amplio debido que se tienen que conformar muchos aspectos relacionados a la conformación de diversos comités que deben cumplir con un establecimiento que cumplan de manera adecuada, no solo en el momento de la evaluación, sino que al ser constantes deben estar enmarcados en un nivel de verificar los diversos soportes y de quienes los conformen de una forma ajustada a la normatividad legal y técnica correspondiente al caso. De igual forma se aplica el cronograma respectivo a cada una de las reuniones relacionadas a los comités, de esta forma los cronogramas buscan darle cumplimiento a cada una de las actividades establecidas.

Las actas de reunión sobre los soportes de los cumplimientos de los planes de acción, están debidamente bajo la aplicación de la forma en que se cumplan los acuerdos. Sin embargo, las actas no están acorde a las necesidades expresadas y manifestadas, por lo que falta un cumplimiento más estricto sobre el manejo de las mismas. Lo anterior busca establecer esos compromisos de manera directa, permitiendo buscar a futuro evaluar la eficacia de los planes de mejora en los clientes internos. Es así como la oportunidad de mejora va orientada a evaluar la eficacia de esos planes, de la forma en que se ejecuten y la manera en que se mejore la situación de los cumplimientos.

Respecto al PAMEC, el cual establece los estándares de acreditación y cumplimiento de los mismos; se observa que cumple con la normatividad en cuanto permitió conformar la manera por medio de la cual se plantean todos los actos relacionados con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad. Teniendo en cuenta la selección de procesos a mejorar; priorización de procesos; definición de la calidad esperada; medición inicial de desempeño de los procesos; ejecución del plan de acción; evaluación del mejoramiento; aprendizaje organizacional y la autoevaluación.

Los anteriores aspectos conforman el PAMEC, siendo la dimensión aplicada en la presente investigación, de la forma en la que se seleccionan todos aquellos aspectos derivados de los procesos para orientar un resultado más ajustado a las propias necesidades de la ESE Hospital de Sabanalarga.

Los ciclos, al ser aplicados con previa preparación, se deben efectuar con una calidad que permita conformar el estilo que debe asumirse al momento de implementar el PAMEC en la ESE Hospital de Sabanalarga; debido a que el ciclo es lo que podrá permitir establecer una relación directa entre el PAMEC y la realidad que hace parte de la institución a la cual se le está aplicando de una forma directa. El cumplimiento de la anterior norma, se complementa con el establecimiento de los cronogramas de reunión para el PAMEC. Siendo los dos puntos tomados anteriormente como el sentido de uno mismo: en cuanto a su planeación y seguimiento a través de reuniones que permiten estar al tanto de las situaciones establecidas dentro de la ESE Hospital de Sabanalarga con sus respectivas evaluaciones.

Sin embargo, la calificación para la autoevaluación de la vigencia no se cumple, debido a que no se evidenciaron procesos que demostraran el hecho que realmente se hubiese realizado. De la misma manera, no se cumplió el planteamiento de planes de mejoras para el PAMEC; por tanto se sugiere el seguimiento a los planes de mejora para contribuir a mejorar las falencias que no son detectadas por el hecho de tener esos estándares bajo cumplimiento.

Las actas de reunión del PAMEC se cumplen con los respectivos soportes de cumplimiento de los planes de acción y compromisos adquiridos de una forma orientada a las evaluaciones realizadas anteriormente. Sin embargo, la efectividad de las auditorias para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud; se sugiere implementar la auditoria de carácter interno que busque el mejoramiento de los procesos de atención basándose en los puntos críticos de los mismos.

Sobre el SOGC: se cumple en la capacitación a las personas encargados, sin embargo solo se hizo a un grupo seleccionado para preparar visita de habilitación según la norma 1441 de 2013. Dichas capacitaciones están orientadas en un sentido de mejorar los servicios de calidad, de establecer parámetros de atención basados en la calidad y en el funcionamiento de cada una de las dependencias de la institución. Sin embargo, no se cumple la evidencia de auditoria según el decreto 1011 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De la misma forma, no se cumplen los análisis y reportes de los eventos adversos en la IPS, es decir que se encuentran reportes pero que no se evidencia una adherencia adecuada a los procesos, sino que se hacen a medias o de forma

acelerada; no haciendo caso a las situaciones que ameriten ser intervenidas directamente.

Sin embargo, existe el cumplimiento en el establecimiento de planes de acción derivados del análisis de los eventos adversos evidenciados. Estos planes de acción tienen cumplimiento basados en unas normas específicas de intervención, de saber manejar cada situación presentada dentro de la ESE Hospital de Sabanalarga.

El cumplimiento de las políticas definidas de seguridad en el paciente se encuentra de una manera activa dentro de los planes del sistema obligatorio de garantía de calidad, es decir que se cumplen las políticas establecidas en su conformación y en la manera por medio de las cuales se establecen procedimientos y manuales de instrucciones que definen el funcionamiento asistencial al paciente. Acá se debe tener en cuenta que se conforma un estilo directo de funcionamiento y de atención basada en la calidad que se implementa en los procesos.

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	dic-13				ene-14				feb-14				mar-14				abr-14			
ACTIVIDAD	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Definición del proyecto																				
Documentación del marco teórico																				
Diseño de herramienta																				
Presentar solicitud formal a ESE para desarrollar trabajo.																				
Aplicar la herramienta																				
Hacer el Diagnostico basado en la herramienta																				
Presentar Resultados a la ESE para los respectivos planes de mejora																				

11. PRESUPUESTO

CONCEPTO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
B.-Bienes			315.000
Papelería	Global		300.000
CDs, USB	Global		15.000
Lapiceros	Global		
C.-Servicios			810.000
Fotocopias	Global		80.000
Internet	Global		90.000
Impresiones	Global		90.000
Transporte	Global		150.000
Viáticos	Global		200.000
Transcripciones	Global		200.000
TOTAL			1.125.000

12. RECURSOS HUMANOS

El recurso humano para la presente investigación estuvo conformado por el grupo investigador conformado por:

Ornedá Patricia Aviléz Romero.

Raquel Esther Mendoza Páez.

Lineth María Oliveros Berdugo.

Danisse María Roa Salazar.

BIBLIOGRAFÍA

DANE (2012). Encuesta de Calidad de Vida–ECV. En: <http://www.dane.gov.co/>.

DNP (1998). Informe de desarrollo humano para Colombia. TM editores. Bogotá, Colombia.

DNP (2010). Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. “Prosperidad Para Todos”. Bogotá, Colombia.

Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema/Adalberto E. Llinás Delgado: Médico Cirujano, Especialista en Salud Ocupacional y Auditoría Médica. II año Maestría Salud Publica. Docente-investigador.--Correspondencia: Universidad Simón Bolívar.-- Barranquilla (Colombia), 2010

La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa/Hugo Alberto Múnera Gaviria.-- Investigación y Educación en Enfermería, Vol. 29, No.-- Colombia, 2011

Metodología y técnicas cuantitativas de investigación. Hueso & Cascant. Universitat politécnica de Valencia.
http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/17004/Metodolog%C3%ADa%20y%20t%C3%A9cnicas%20cuantitativas%20de%20investigaci%C3%B3n_6060.pdf?sequence=3

Ministerio de Salud y Protección Social (2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Seguimiento a los objetivos de desarrollo del milenio, boletín de seguimiento y evaluación. Oficina asesora de planeación y estudios sectoriales. Bogotá, Colombia.

Organización Mundial de la Salud - OMS (2008). Informe sobre la salud en el mundo. “La atención primaria de salud más necesaria que nunca”.

Organización Mundial de la Salud - OMS (2010). Informe sobre la salud en el mundo “La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal”. Ginebra, Suiza.

- Constitución nacional:
 - derechos fundamentales a la vida y a la salud
- Ley 100 de 1993 (LEY ESTATUTARIA)
- Ley 1122 de 2007
- Ley 715 de 2001 (LEY ORGÁNICA)
- Ley 1164 de 2007 (THS)
- ley 1419 de 2010. (TELESALUD)
- Decreto 4295 de 2007 y resolución 2181 de 2008
- Decreto 1011 de 2006 (SOGC)
- Resolución 2680 de 2007
- Resolución 3763 de 2007
- Resolución 1445 de 2006 (ACREDITACIÓN)
- Resolución 3960 de 2008 (ADT)
- Resolución de brigadas (4796/2008)
- Resolución 1446 de 2006 (INFORMACIÓN)
- Resolución 1448 de 2006 (Telemedicina)
- Resolución 1315 de 2006 (CAD)
- Resolución 1441 de 2013
- Resolución 3960 de 2008

- Resolución 2181 de 2008
- Resolución 123 de 2012

ANEXOS

	FORMATO EVALUACION IMPLEMENTACION DEL SOGC EN LA IP	VERSION 01
--	---	------------

INSTITUCION _____

No.	STANDAR O ATRIBUTO DE CALIDAD A EVALUAR	CUMPLIMIENTO (C - NC - NA - NV)	OPORTUNIDAD DE MEJORA	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA
1	Soporte de la inscripción en el Registro Especial de prestadores en la secretaría de					
2	Distintivos de habilitación publicados en lugar visibles y que coincidan con los servicios					
3	Soporte de la renovación anual de habilitación (constancia) según la resolución 1998 de 2010					
4	Soporte de autoevaluación para habilitación anual (requisito establecido en resolución 1998 y 3061 de 2010 para renovar habilitación)					
5	Soporte del portafolio de servicio de la ESE. Debe coincidir con lo inscrito en el RNP					
6	Para las IPS que han sido certificadas en condiciones de habilitación, esta certificación debe ser publicada en lugar visible junto con el					
7	Reporte de cargue de indicadores de calidad ante la Superintendencia Nacional de Salud					
8	Reporte semestral de indicadores de calidad en 2010					
9	Calidad y confiabilidad de la fuente de información para los indicadores de calidad en					
10	Calidad del registro en la fuente de información de indicadores de calidad					
11	Reporte mensual de indicadores de calidad en salud					
12	Análisis mensual de resultado de indicadores en comité de calidad y/o gerencia, con los soportes y acta					
13	Planes de acción para las oportunidades de mejora encontradas					
14	1. Verificar soporte de la creación del Comité de urgencias, participación social, ética médica, salud ocupacional, farmacia y terapéutica, gestión de calidad, historias clínicas, COVE, infecciones, Transfusional, o los que apliquen					
15	Cronograma de reunión para los comités institucionales					
16	Actas de reunión con el respectivo soporte de cumplimiento de los planes de acción o compromisos adquiridos					
17	Existencia y planeamiento de PAMEC de acuerdo a lo establecido en ruta crítica utilizando estándares de Acreditación					
18	Aplicación de ciclo de preparación usando la autoevaluación					
19	Promedio de calificación de la autoevaluación de la vigencia					
20	Planeamiento de planes de mejora para PAMEC					
21	Cronograma de reunión para PAMEC					
22	Actas de reunión DE PAMEC con el respectivo soporte de cumplimiento de los planes de acción o compromisos adquiridos					
23	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud (número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/total de acciones de mejoramiento)					
24	Capacitación en SOGC					
25	Existe evidencia de los diferentes niveles de auditoría establecidos en decreto 1011					
26	Se analizan y reportan el 100% de los eventos adversos en la IPS					
27	Existen planes de acción derivados del análisis de eventos adversos evidenciados					
28	Se encuentra definida una política o programa de seguridad de pacientes y se encuentra					
29	Existen procedimientos, manuales instructivos e indicadores que definen en funcionamiento del área asistencial conforme lo establece el					

Porcentaje de cumplimiento: Numero total de ítems que cumple /Numero total de ítems evaluados * 100
13/27*100= 48.14%

	FORMATO EVALUACION IMPLEMENTACION DEL SOGC EN LA IPS	VERSION 01
--	--	------------

INSTITUCION _____

No.	ESTANDAR O ATRIBUTO DE CALIDAD A EVALUAR	CUMPLIMIENTO (C - NC - NA - NV)	OPORTUNIDAD DE MEJORA	COMPROMISO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
1	Soporte de la inscripción en el Registro Especial de prestadores en la secretaría de salud departamental.	C				Hay inscripción en el REPS
2	Distintivos de habilitación publicados en lugar visibles y que coincidan con los servicios declarados	NC				
3	Soporte de la renovación anual de habilitación (constancia) según la resolución 1998 de 2010	C				
4	Soporte de autoevaluación para habilitación anual (requisito establecido en resolución 1998 y 3061 de 2010 para renovar habilitación)	C				Ultima autoevaluación corresponde a Dic 2013
5	Soporte del portafolio de servicio de la ESE. Debe coincidir con lo inscrito en el RNP	C				se hizo reporte de novedades de servicios ofertados y no prestados
6	Para las IPS que han sido certificadas en condiciones de habilitación, esta certificación debe ser publicada en lugar visible tanto con el distintivo	NC				
7	Reporte de carga de indicadores de calidad ante la Superintendencia Nacional de Salud	C				
8	Reporte semestral de indicadores de calidad en 2193	C				
9	Calidad y confiabilidad de la fuente de información para los indicadores de calidad en salud	C				
10	Calidad del registro en la fuente de información de indicadores de calidad	C				
11	Reporte mensual de indicadores de calidad en salud	C				
12	Análisis mensual de resultado de indicadores en comité de calidad y/o gerencia, con los soportes y acta	C				
13	Planes de acción para las oportunidades de mejora encontradas	C	Se sugiere continuidad en la realización de los planes de mejora			se evidencian algunos documentos, falta continuidad en el proceso
14	1. Verificar soporte de la creación del Comité de agencias, participación social, ética médica, salud ocupacional, farmacia y terapéutica, gestión de calidad, historias clínicas, COVE Infecciones, Transfusional, o los que apliquen para la ESE	C				
15	Cronograma de reunión para los comités institucionales	C				
16	Actas de reunión con el respectivo soporte de cumplimiento de los planes de acción o compromisos adquiridos	C	Evaluar la eficacia de esos planes de mejora en los clientes internos			muy pocos contienen actas de cumplimiento pero manifiesta la jefe de calidad que si fueron realizadas.
17	Existencia y planeamiento de PAMEC de acuerdo a lo establecido en ruta crítica utilizando estándares de Acreditación	C				
18	Aplicación de ciclo de preparación usando la autoevaluación	C				
19	Promedio de calificación de la autoevaluación de la vigencia	NC				No se evidencio
20	Planeamiento de planes de mejora para PAMEC	NC	Se sugiere el seguimiento a los planes de mejora para contribuir a mejorar falencias			
21	Cronograma de reunión para PAMEC	C				
22	Actas de reunión DE PAMEC con el respectivo soporte de cumplimiento de los planes de acción o compromisos adquiridos	C				
23	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud (numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia)	NC	Se sugiere implementación de auditoría interna buscando mejorar puntos críticos en los procesos de atención.			
24	Capacitación en SOGC					Solo se hizo a un grupo seleccionado para preparar visita de habilitación según norma 1441
25	Existe evidencia de los diferentes niveles de auditoría establecidos en decreto 1011	NC				
26	Se analizan y reportan el 100% de los eventos adversos en la IPS	NC				se encuentran reportes pero manifiesta la jefe que falta adherencia al proceso
27	Existen planes de acción derivados del análisis de eventos adversos evidenciados	C				
28	Se encuentra definida una política o programa de seguridad de pacientes y se encuentra activa	C				
29	Existen procedimientos, manuales instructivos e indicadores que definen en funcionamiento del área asistencial conforme lo establece el SOGC	C				

Porcentaje de cumplimiento: Numero total de ítems que cumple /Numero total de ítems evaluados * 100
22/29*100= 75.86%